

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第 210 回）
議事次第

令和 4 年 6 月 1 日（水）11:00～
於 オンライン開催

議 題

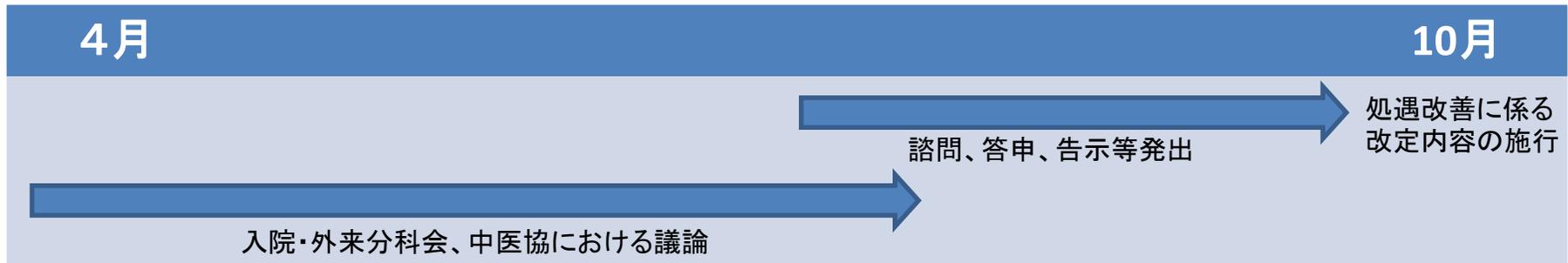
○入院・外来医療等の調査・評価分科会からの報告について

看護の処遇改善について

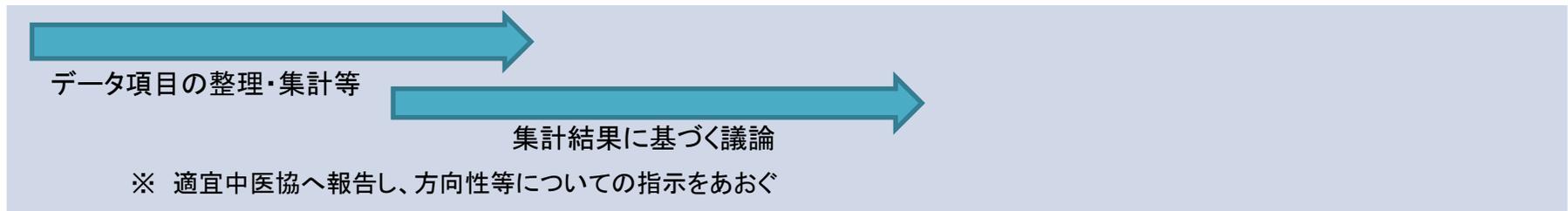
(技術的検討において必要な調査・分析 その2)

検討に向けたスケジュールの考え方(粗いイメージ)

診調組	入-2	(改)
4	4	1 3



【既に入手可能なデータを用いた議論】



【新たな調査を実施する場合の議論】



看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注1） 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2） 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

【3月23日 中央社会保険医療協議会総会】

- 診療報酬で処遇改善に対応していく際には、
 - ・ 評価方法、例えば、基本診療料で評価するのか、加算で評価するのか、あるいは新設項目で評価するのかという点、
 - ・ 評価の平準化、つまり、患者数の変動等により影響を受けることとなるため、処遇改善という安定的であるべき制度との考え方の両立が難しいこと、
 - ・ 先行して実施された介護報酬による処遇改善や、2月から実施されている補助金と比較した場合の違い等、様々な難しい課題が数多くあると予想される。
- 対象となる看護職員数、患者数、算定方法等さまざまな課題があるので、慎重な議論をお願いしたい。また、しっかり賃金に反映されるよう報告書の提出を求める等の仕組みが必要ではないか。一方、手続きが煩雑になりすぎないように検討いただきたい。
- 診療報酬の場合は、看護職員数だけでなく、患者数にも影響を受けるため、補助金と比較すると医療機関毎に過不足が生じる可能性があり、各医療機関にはその点を理解いただく必要がある。また、適切に処遇に反映されているか、事後検証の仕組みも必要ではないか。
- 現在の補助金による制度においても、対象となる施設とならない施設、対象となる職員とならない職員がいるため、様々な意見があるところ。診療報酬では、そのような意見も踏まえながら検討を進めることが必要。
- 診療報酬において処遇改善の仕組みを導入するにあたっては、介護報酬における処遇改善の課題も踏まえた丁寧な対応をお願いしたい。
- 分科会では、複数の論点に係る様々な技術的課題について、解決案を検討するにあたって必要な論点整理の作業を、関係者の意見もよく踏まえながら作業いただき、総会に報告いただくよう、お願いしたい。

技術的検討において必要な調査・分析に係る主な指摘①

中医協 総-3-3 (改)
4 . 4 . 2 7

【4月13日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

(診療報酬による評価方法の検討について)

- ・ 処遇改善に必要な額が該当医療機関に確実に届く必要がある。
- ・ 処遇改善の評価にあたっては、様々な要素を取り入れて複雑になりがちである。できるだけ簡素で単純なものがよいのではないか。
- ・ 入院と外来の割合、職員と患者の割合、周辺の人口、地域において果たす役割など様々あるので、看護職員数だけを考慮して点数設計することは可能なのか、医療機関の特性に応じた評価もあり得るではないか。
- ・ 医療機関によって看護職員の配置場所は様々であり、どこに点数を付けるのかは検討が必要。
- ・ どのように設計しても、処遇改善に必要な額と診療報酬で得られる額とのずれが生じると考えられるため、それをどこまで許容するのかという視点で考えることが重要ではないか。
- ・ 将来的に対象医療機関の範囲が変更になっても対応出来るような柔軟な制度設計とすることが重要。
- ・ 急性期病院は外来を縮小する方向性であり、現時点から1年後だと外来延べ患者数は大きく減ることが考えられるため、外来において評価する場合は、途中で見直す必要が出てくるのではないか。

(データの分析について)

- ・ 直近のデータで対象となる看護職員数と患者数を適切に把握し、様々なシミュレーションをもとに議論を深めることが重要。
- ・ 既存データを元に時間をかけて様々なシミュレーションを行い、どのような評価方法が適切なのかを検討することで、新たにデータを取得しなくても済むかもしれない。
- ・ データについては、コロナの影響をどのように考えるかは難しい観点である。
- ・ 病床機能報告や補助金の状況は、可能であれば入手を検討した方が良い。
- ・ 医療機関単位で処遇改善に必要な額を算出することは可能であるが、診療報酬で評価する場合、患者数に大きな影響を受けてしまう。その点からも、患者数について、コロナ前／コロナ中、現時点／年間延べ数等、どの時点のデータを用いるかは十分に検討する必要がある。
- ・ 考慮すべき点を調査前から洗い出すと、膨大になってしまうのではないか。

技術的検討において必要な調査・分析に係る主な指摘②

中医協 総-3-3 (改)
4 . 4 . 2 7

(その他)

- ・ データ収集のために調査するにあたっては、できるだけ簡素にしてもらいたい。
- ・ 医療機関にとっては賃金アップにつながるので、(配慮を前面に出さず、) 目的を理解して、調査へ協力してもらえよう、お願いすべき。
- ・ 今回の処遇改善が確実に賃金に反映されていることを検証できるような仕組みが必要。
- ・ 賃金はこの処遇改善以外の要因でも上がると思うので、(賃上げ効果をどのように検証するのか) 制度設計においてしっかりと担保すべき。
- ・ 補助金の申請状況や、補助金に基づく処遇改善の状況については、省内で情報共有できるかも含め、考えてほしい。
- ・ 補助金は、全ての医療機関で申請しているわけではないことも、(データを集める場合に、) 留意が必要。
- ・ どこまで無謬性にこだわるかということも重要。

中医協における主な指摘

【4月27日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会・総会】

(調査について)

- 対象は、処遇改善の対象となる医療機関であり、難しい取組であることから、直近の状況を報告してもらうことが制度設計において重要。
- 調査時点について、4月は新人看護職員のオリエンテーション期間であり退職予定看護職員もまだ勤務している実態がある。退職や異動が落ち着くのは通常6月以降だが、調査期間に制限がある中でより正確に実態を把握するためには5月時点の調査がよい。
- 対象となる医療機関は、長期入院が必要となる患者が入院している病棟を有している場合も想定されるため、「新規入院患者数」だけでなく「総入院患者数」も重要である。

(今後の議論の進め方について)

- 入院・外来医療等分科会での議論をステップ毎に報告いただくことで、どのように進めていくかつかみやすくなる。基本問題小委員会と分科会とでキャッチボールをしながら最善の結論に導くことが重要であり、今回のような形ですすめてもらいたい。
- 議論を行っていくに当たり、基本的データも含め、医療機関の様々な特色をつかんでおく必要がある。どれくらいデータとしてばらつきが見られるか、制度設計をしていくに当たり許容できる範囲なのかなど、判断に必要なデータの準備を事務局にお願いしたい。

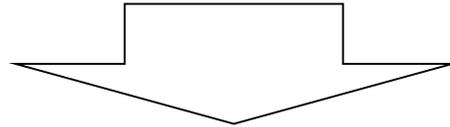
中医協における主な指摘

(診療報酬における評価方法等について)

- どのように設計しても、各医療機関単位では実際の必要額と診療報酬とで差が生じると考えられる。補助金であれば看護職員数が変化した場合、支給調整する仕組みとなっているが、診療報酬では、補助金の時と異なり調整機能が無い点を考慮し、差を最小限にする方式を模索することが重要。
- 様々な要素を考慮すればするほど複雑になり、検証や今後の修正が難しくなるため、できるだけシンプルなものがよい。
- 患者数の増減があるため、処遇改善の原資となる診療報酬も増減することとなる。介護の処遇改善でも同様なことが起こっていたと思うので、参考にしながら、しっかりと看護職員等の処遇改善につながるようにしていく必要がある。
- まずは、今回の処遇改善の対象となる職員に正しく届けられることが第一歩。今回処遇改善の対象とならない医療機関の看護師等と格差が現れてくることから、次のステップでは対象を広げるべきか否かを議論できるように検討いただきたい。

これまでのご指摘(データに関する主なものの抜粋)

- 対象となる看護職員数、患者数、算定方法等さまざまな課題がある (3/23)
- 診療報酬の場合は、看護職員数だけでなく、患者数にも影響を受ける (3/23)
- 直近のデータで対象となる看護職員数と患者数を適切に把握し、様々なシミュレーションをもとに議論を深めることが重要 (4/13)
- 既存データを元に時間をかけて様々なシミュレーションを行い、どのような評価方法が適切なのかを検討する (4/13)
- 患者数の増減があるため、処遇改善の原資となる診療報酬も増減することとなる (4/27)
- まずは、今回の処遇改善の対象となる職員に正しく届けられることが第一歩 (4/27)



「処遇改善の対象となる職員へ正しく届ける」観点から、

1. 診療報酬における算定回数
2. 病床機能報告等における集計

を用いた分析について実施し、まとめたデータを作成した。

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

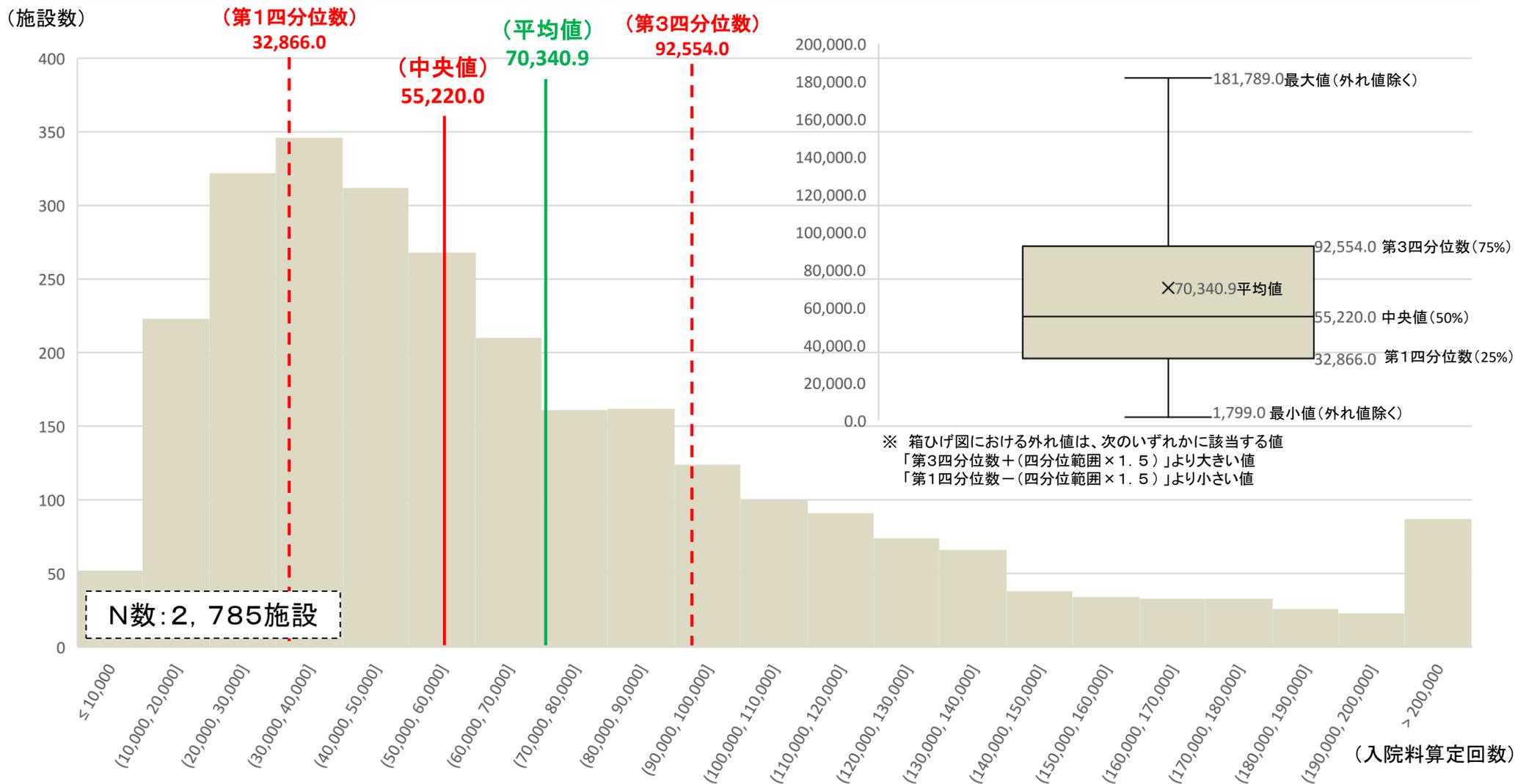
4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

入院料の算定回数の分布(全体)

○ 対象病院における入院料算定回数の分布については、以下のとおり。

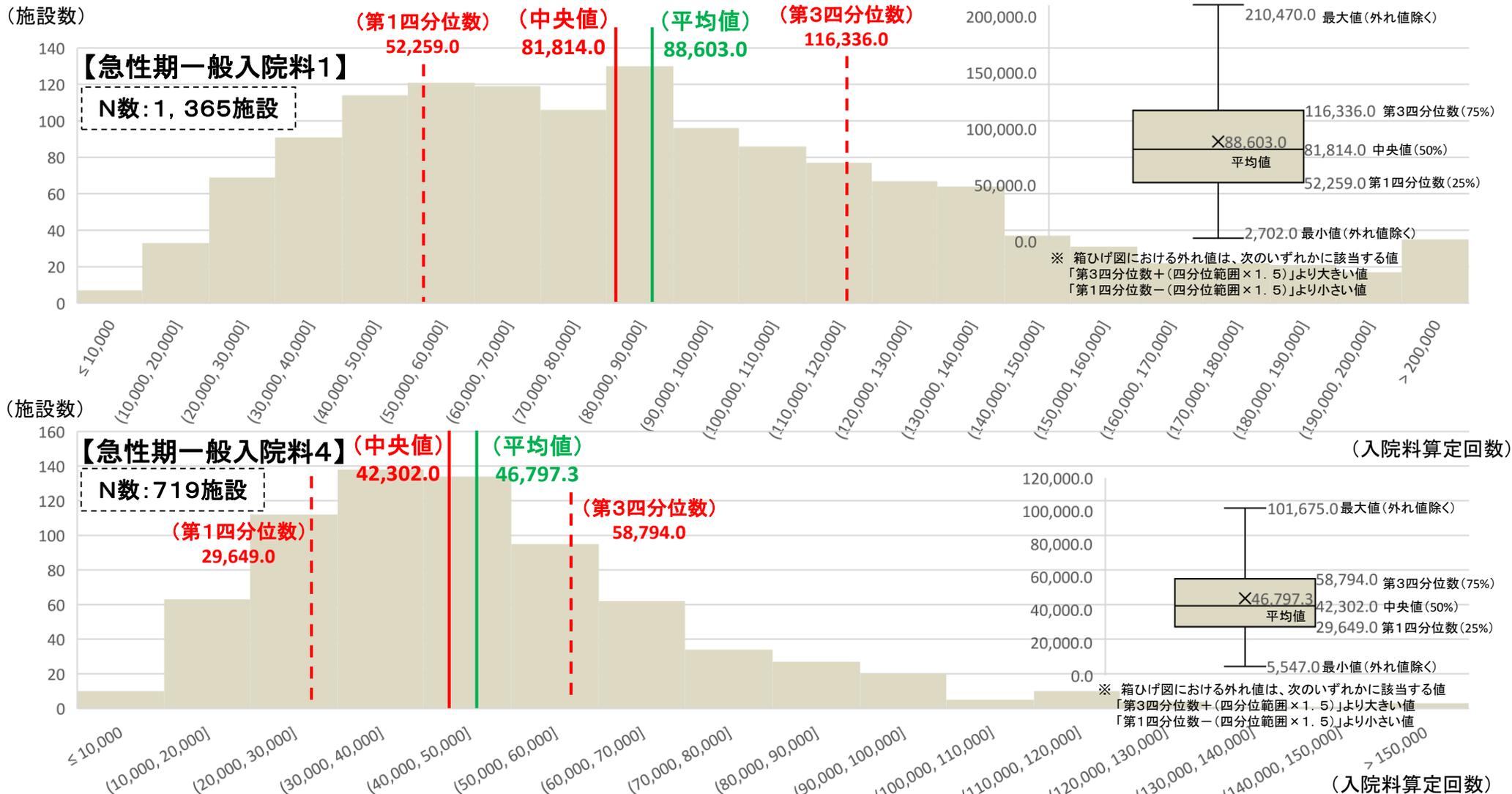


※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】NDBデータ、DPCデータ(令和2年10月～令和3年9月)

入院料の算定回数の分布(急性期一般入院料1・4)

○ 対象病院(急性期一般入院料1・4算定病院)における入院料算定回数の分布については、以下のとおり。

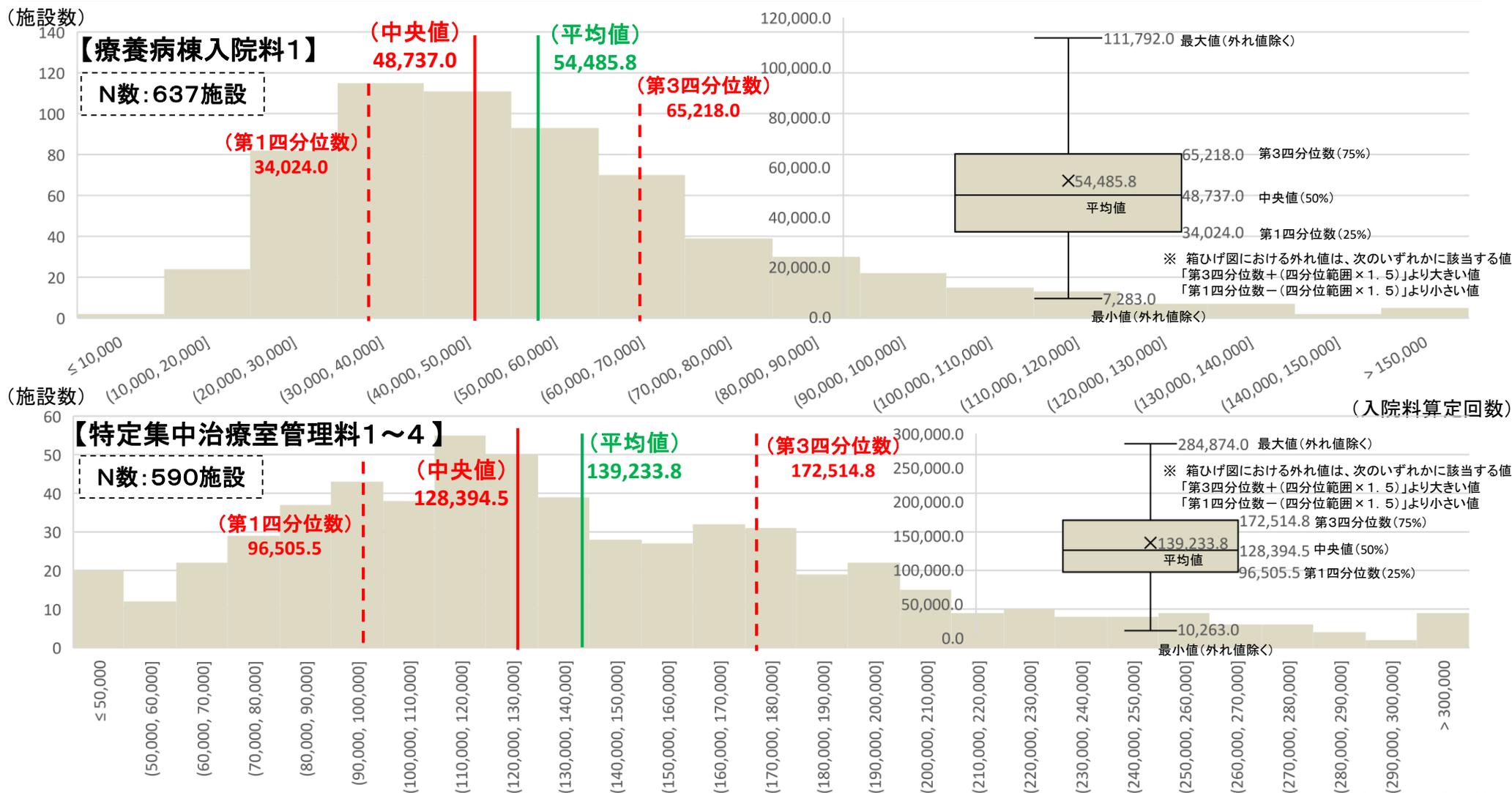


※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】NDBデータ、DPCデータ(令和2年10月～令和3年9月)

入院料の算定回数の分布 (療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1~4)

○ 対象病院(療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1~4算定病院)における入院料算定回数の分布については、以下のとおり。



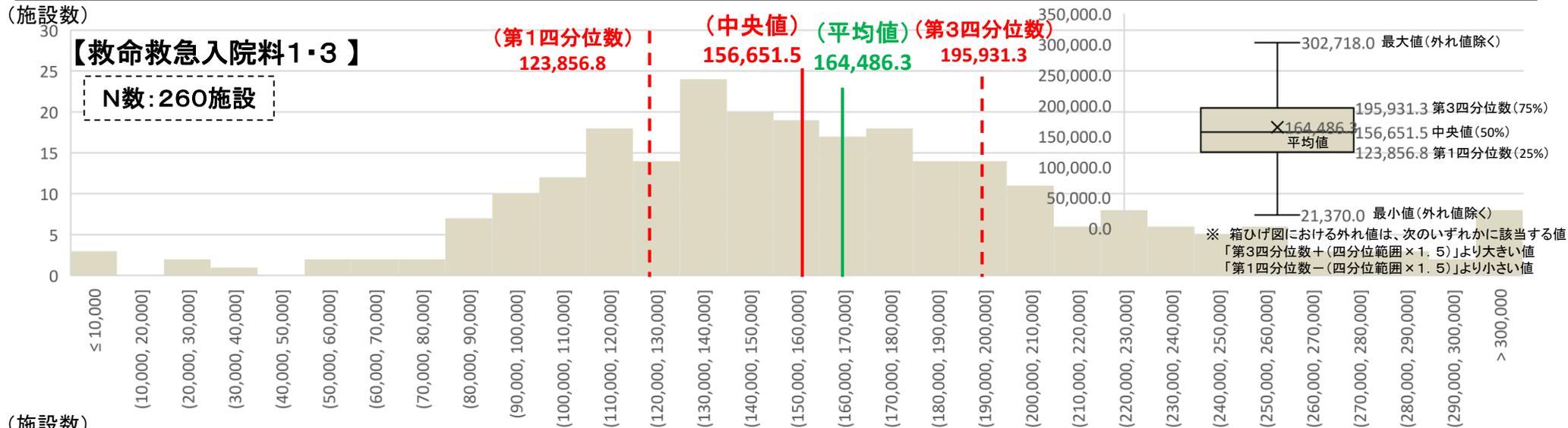
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】NDBデータ、DPCデータ(令和2年10月~令和3年9月)

(入院料算定回数)

入院料の算定回数の分布 (救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)

○ 対象病院(救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1算定病院)における入院料算定回数の分布については、以下のとおり。



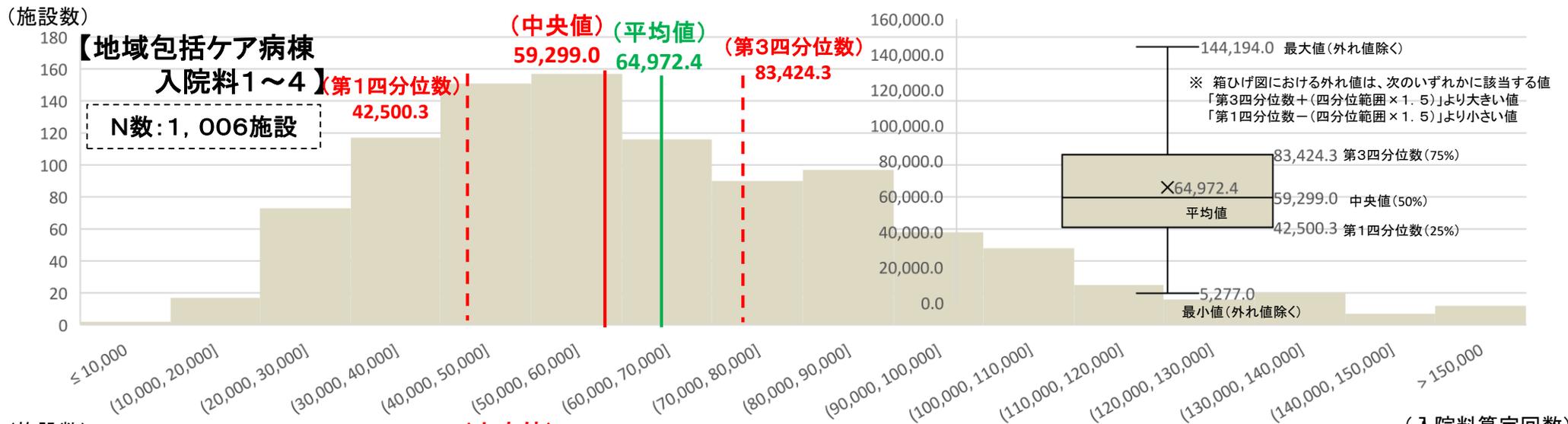
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】NDBデータ、DPCデータ(令和2年10月～令和3年9月)

入院料の算定回数の分布

(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)

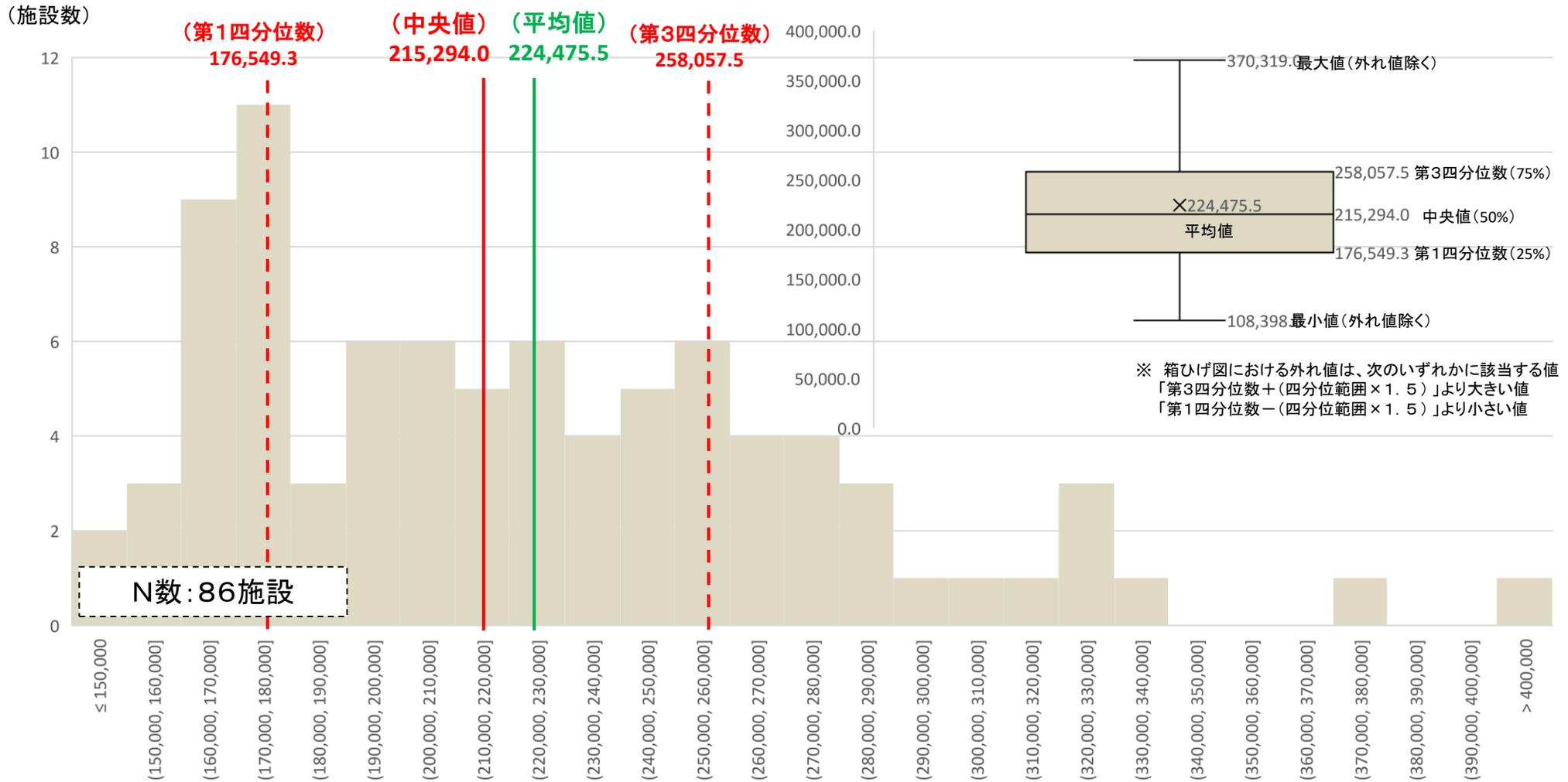
○ 対象病院(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2算定病院)における入院料算定回数の分布については、以下のとおり。



※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設
 【出典】NDBデータ、DPCデータ(令和2年10月~令和3年9月)

入院料の算定回数分布 (特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)

○ 対象病院(特定機能病院一般病棟7対1入院基本料算定病院)における入院料算定回数の分布については、以下のとおり。



※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(入院料算定回数)

【出典】NDBデータ、DPCデータ(令和2年10月～令和3年9月)

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

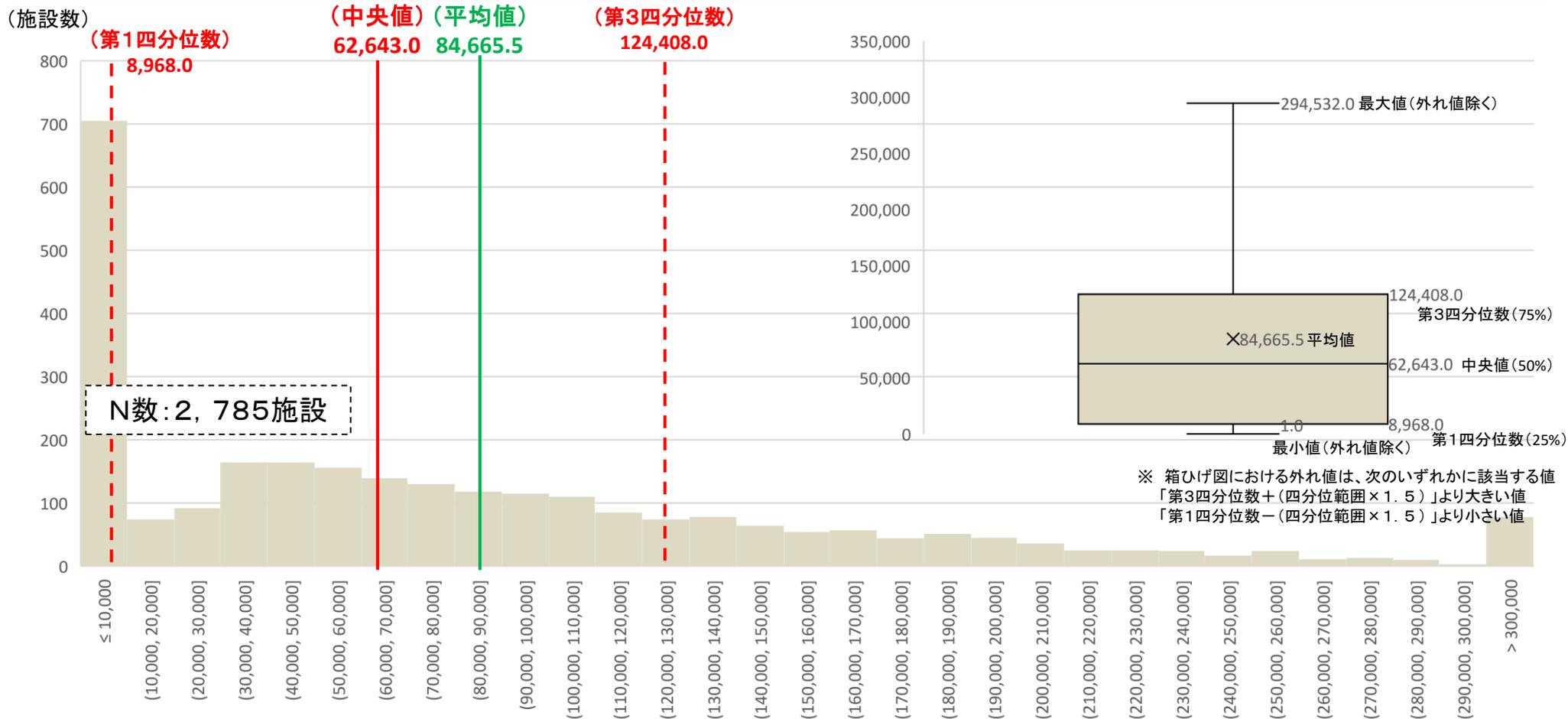
4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

初再診料の算定回数の分布(全体)

○ 対象病院における初再診料算定回数の分布については、以下のとおり。



※ ここでいう「初再診料」については、「初診料」、「再診料」及び「外来診療料」のほか、これらが包括されているもの(「在宅患者訪問診療料」や、「在宅患者訪問看護・指導料」など)を含む。

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

病床機能報告について

診調組 入 - 2
4 . 4 . 1 3

第1回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 令和3年7月29日 資料3

報告項目と対象期間、時点の関係

報告項目

医療機能等	
医療機能（現在／2025年の方向） ※介護施設に移行する場合は移行先類型	
構造設備・人員配置等	
病床数・人員配置・機器等	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数・稼働病床数（一般・療養別） ・病床全体が非稼働である場合はその理由 ・経過措置（1床当たり面積）に該当する病床数 ・算定する入院基本料・特定入院料 ・主とする診療科・設置主体 ・部門別職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師数、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士） ・DPC群の種類 ・特定機能病院、地域医療支援病院の承認 ・施設基準届出状況（総合入院体制加算、在宅療養支援病院／診療所、在宅療養後方支援病院） ・在宅療養支援病院である場合は看取り件数 ・三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無 ・高額医療機器の保有状況（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）） ・退院調整部門の設置状況 ※退院調整部門の配置職員数（医師、看護職員、MSW、事務員）
	入院患者の状況

入院患者に提供する医療の内容

術幅広い手	<ul style="list-style-type: none"> ・手術件数（臓器別）・全身麻酔の手術件数 ・人工心肺を用いた手術 ・胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数 	全身管理	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈注射・呼吸心拍監視・酸素吸入 ・観血的動脈圧測定・ドレーン法・胸腔若しくは腹腔洗浄 ・人工呼吸・人工腎臓・腹膜灌流 ・経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
のがん・脳卒中・心筋梗塞等へ	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍手術件数 ・病理組織標本作製・術中迅速病理組織標本作製 ・放射線治療件数・化学療法件数 ・がん患者指導管理料・抗悪性腫瘍剤局所持続注入 ・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 ・超急性期脳卒中加算・脳血管内手術 ・経皮的冠動脈形成術・分娩件数 ・入院精神療法・精神科リエゾンチーム加算 ・認知症ケア加算・精神疾患診療体制加算 ・精神疾患診断治療初回加算 	疾患に応じた/早期からのリハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーション料・早期リハビリテーション加算、初期加算・摂食機能療法・リハビリテーション充実加算 ・休日リハビリテーション提供体制加算 ・入院時訪問指導加算 ・リハビリテーションを実施した患者の割合 ・平均リハ単位数/1患者1日当たり ・1年間の総退院患者数 （以下は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定の場合） ・1年間の総退院患者数のうち入棟時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法得点で55点以下であった患者数 ・退棟時、入棟時に比較して、当該入院料の1又は2を算定している病棟にあっては日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上又はFIM総得点で16点以上、当該入院料の3又は4を算定している病棟にあっては日常生活機能評価が3点以上又はFIM総得点で12点以上改善していた患者数
重症患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊産婦共同管理料 ・救急搬送診療料・観血的動脈圧測定 ・持続緩徐式血液濾過・大動脈バルーンポンピング法、経皮的心臓補助法・補助人工心臓・植込型補助人工心臓 ・頭蓋内圧持続測定 ・血漿交換療法・吸着式血液浄化法・血球成分除去療法 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合 	の長期療養患者等の受入	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料・褥瘡評価実施加算 ・重度褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算 ・難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算 ・超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ・強度行動障害入院医療管理加算
救急医療の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内トリアージ実施料 ・夜間休日救急搬送医学管理料 ・精神科疾患患者等受入加算 ・救急医療管理加算 ・在宅患者緊急入院診療加算 ・救命のための気管内挿管 ・体表面ベージング法/食道ベージング法 ・非開胸的心マッサージ、カウンターショック ・心膜穿刺・食道圧迫止血チューブ挿入法 	多様な診療所の	<ul style="list-style-type: none"> ・往診患者延べ数・訪問診療患者延べ数、看取り患者数（院内/在宅）・有床診療所入院基本料 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割 ・過去1年間の新規入院患者のうち他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
在宅復帰後への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・休日又は夜間に受診した患者延べ数（うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数） ・救急車の受入件数 ・退院支援加算・救急・在宅等支援（療養）病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算・地域連携診療計画加算 ・退院時共同指導料・介護支援等連携指導料 ・退院時リハビリテーション指導料・退院前訪問指導料 	科連携	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師連携加算・術周期口腔機能管理後手術加算 ・術周期等口腔機能管理料

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年4月～報告年3月分）
※従来は1月分（報告年の6月分）

1年分（前年4月～報告年3月分）

※従来は1年分（前年7月～報告年の6月分）

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

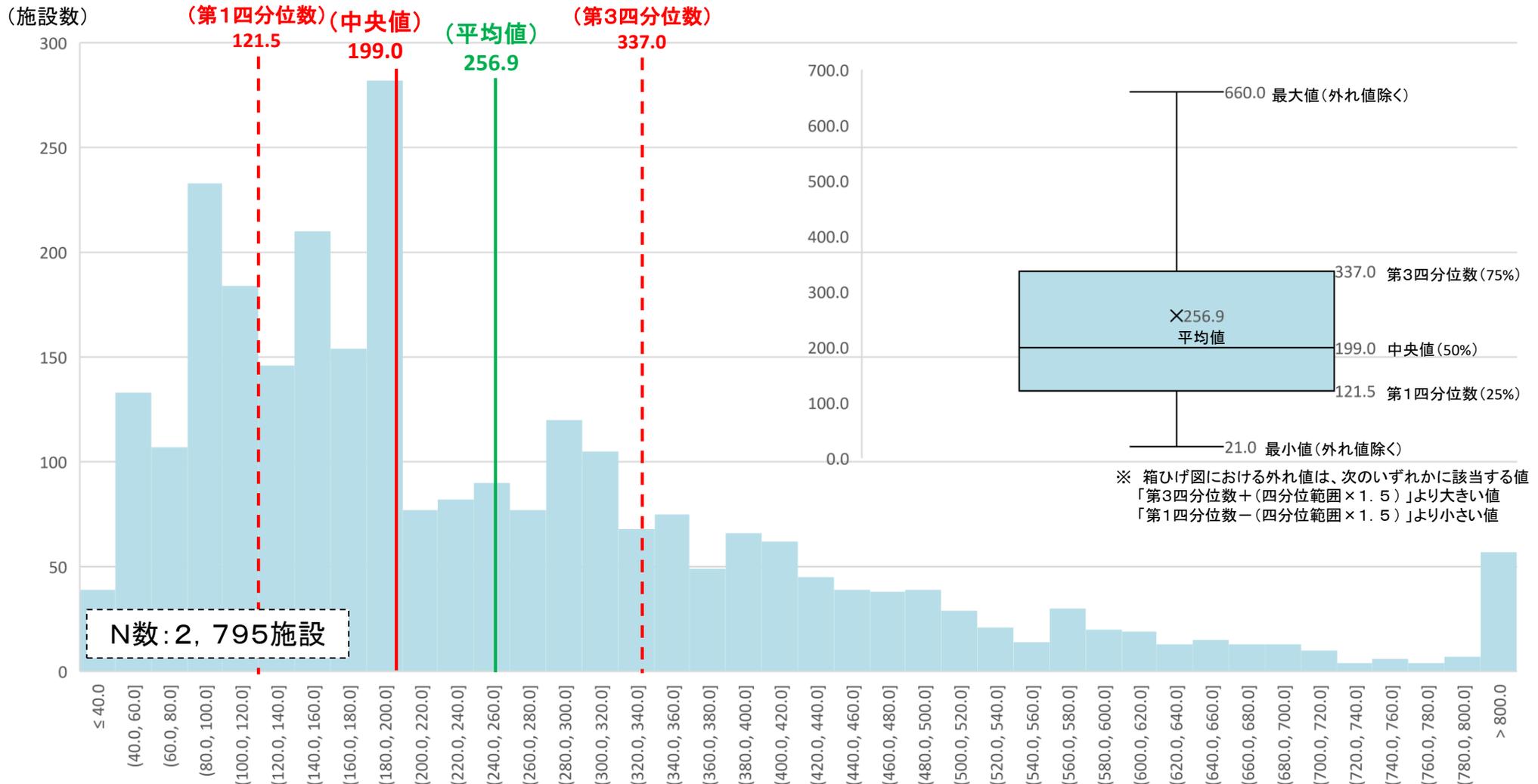
4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

許可病床数の分布

○ 対象病院における許可病床(一般・療養)数の分布については、以下のとおり。



※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(病床数:令和2年7月1日時点)

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

4) 部門別の看護職員数の分布

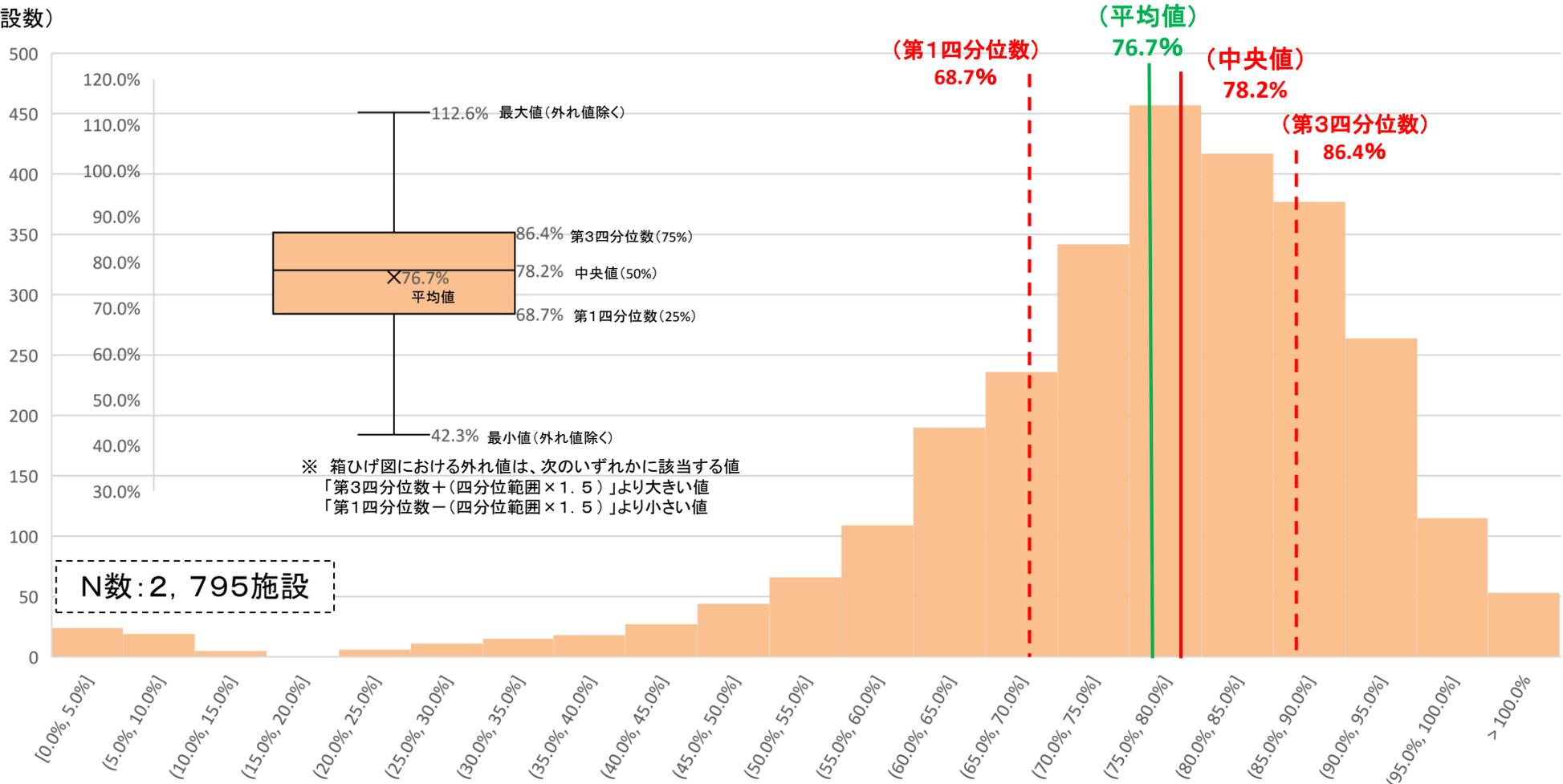
5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

病床稼働率の分布

○ 対象病院における病床稼働率の分布については、以下のとおり。

(施設数)



※ 病床稼働率は、「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間) ÷ (許可病床(一般・療養) × 366日)」により算出

※ 「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間)」は、毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めるため、退院当日に別患者が入院することが多い場合、病床稼働率は100%超となる。

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

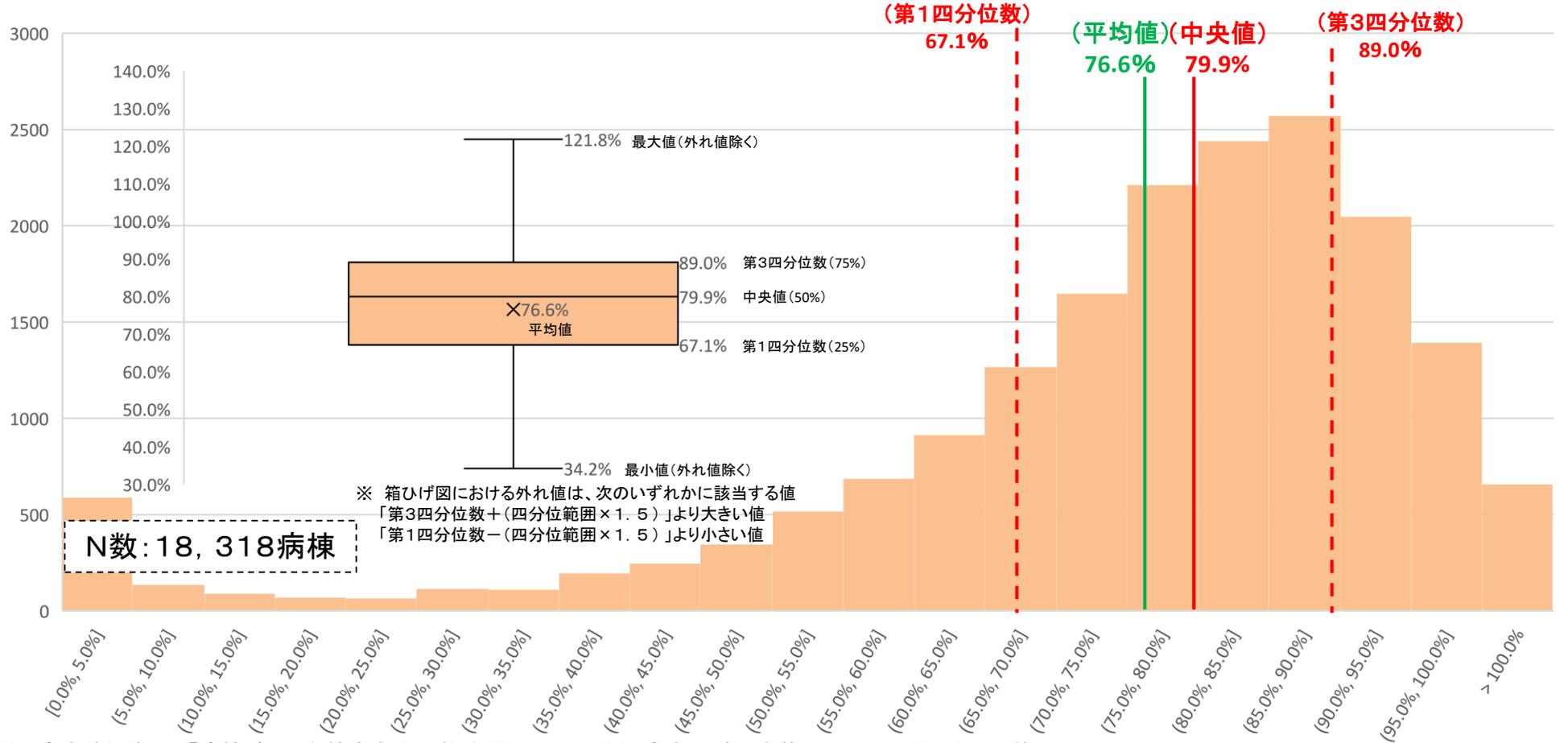
【出典】令和2年度 病床機能報告(患者延べ数: 令和元年7月1日～令和2年6月30日、病床数: 令和2年7月1日時点)

(病床稼働率)

病棟別の病床稼働率の分布(全体)

○ 対象病院における病棟別の病床稼働率の分布については、以下のとおり。

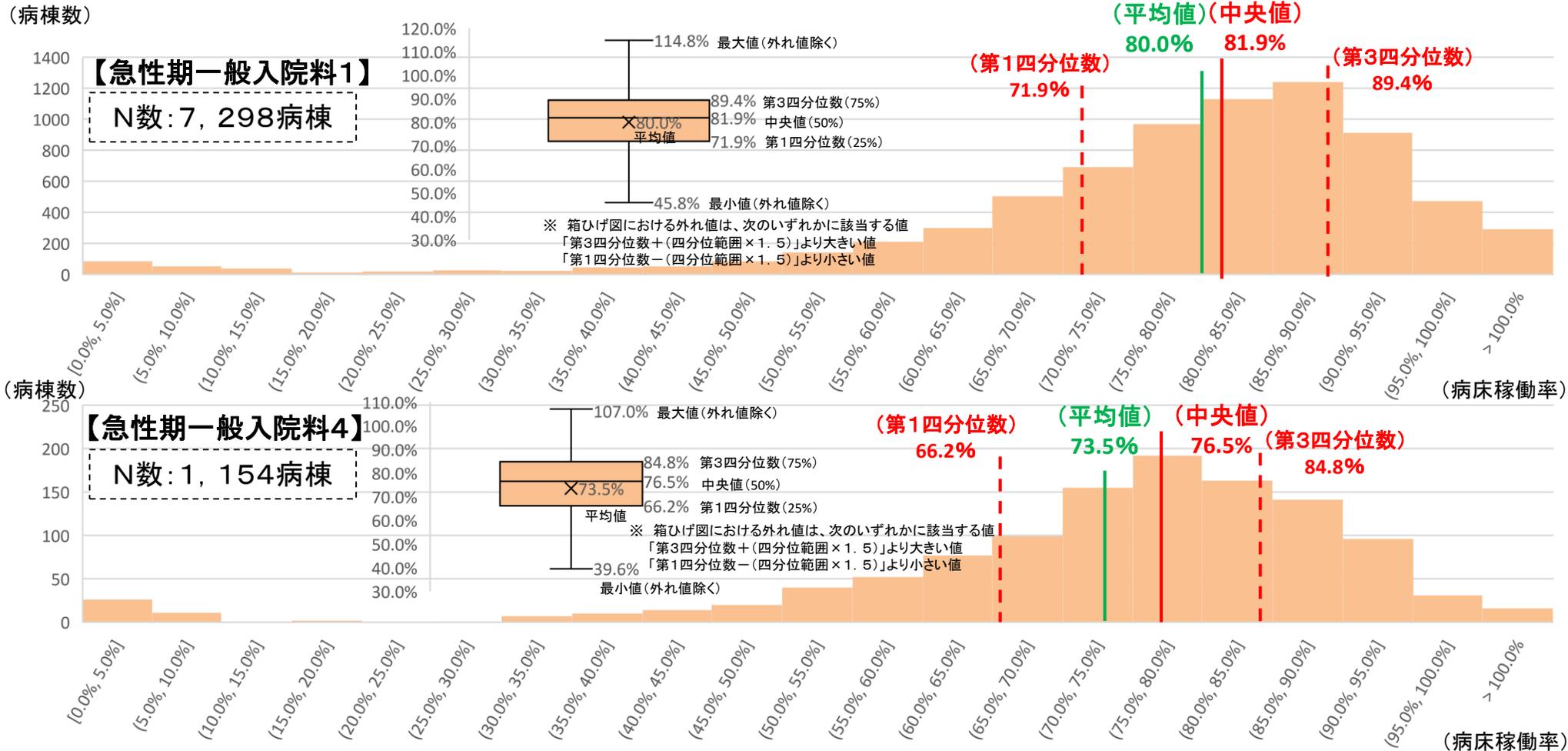
(病棟数)



【出典】令和2年度 病床機能報告(患者延べ数:令和元年7月1日~令和2年6月30日、病床数:令和2年7月1日時点)

病棟別の病床稼働率の分布(急性期一般入院料1・4)

○ 対象病院における病棟(急性期一般入院料1・4)別の病床稼働率の分布については、以下のとおり。



※ 病床稼働率は、「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間) ÷ (許可病床(一般・療養) × 366日)」により算出

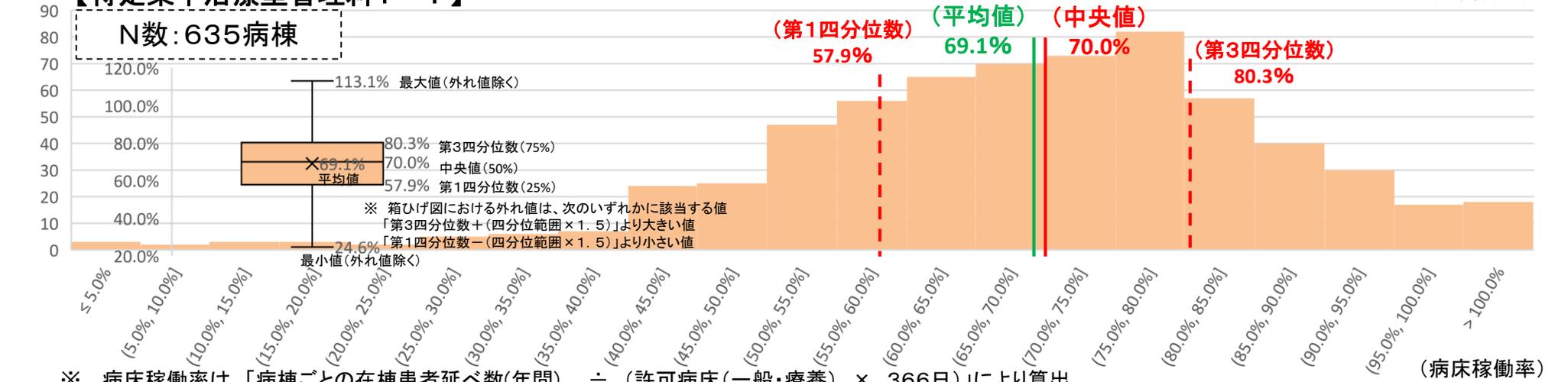
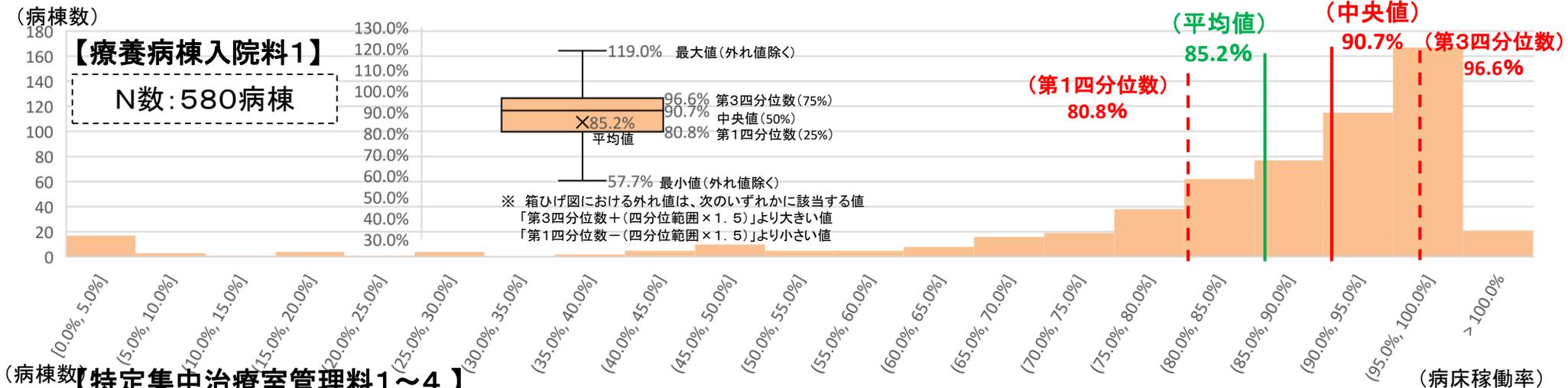
※ 「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間)」は、毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めるため、退院当日に別患者が入院することが多い場合、病床稼働率は100%超となる。

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(患者延べ数:令和元年7月1日~令和2年6月30日、病床数:令和2年7月1日時点)

病棟別の病床稼働率の分布 (療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1～4)

○ 対象病院における病棟(療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1～4)別の病床稼働率の分布については、以下のとおり。



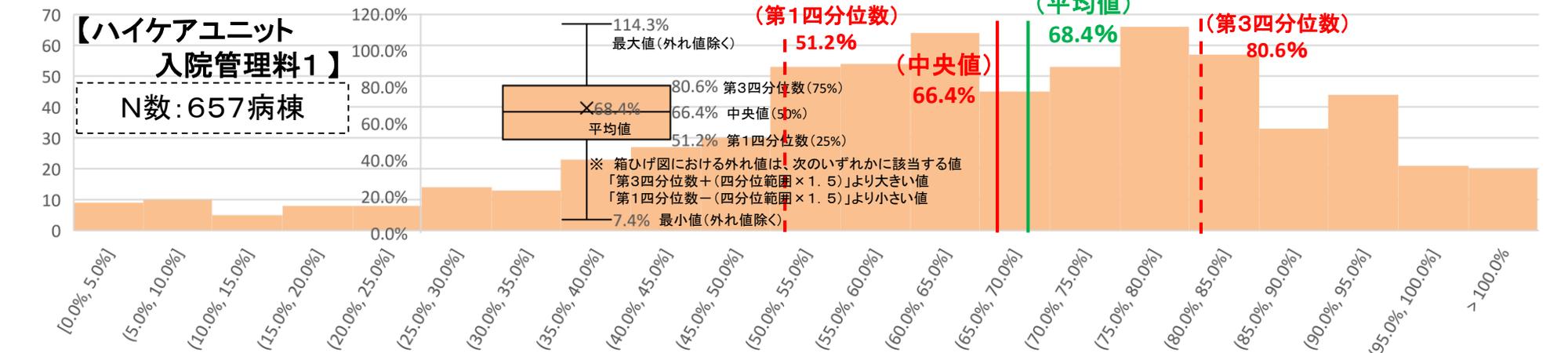
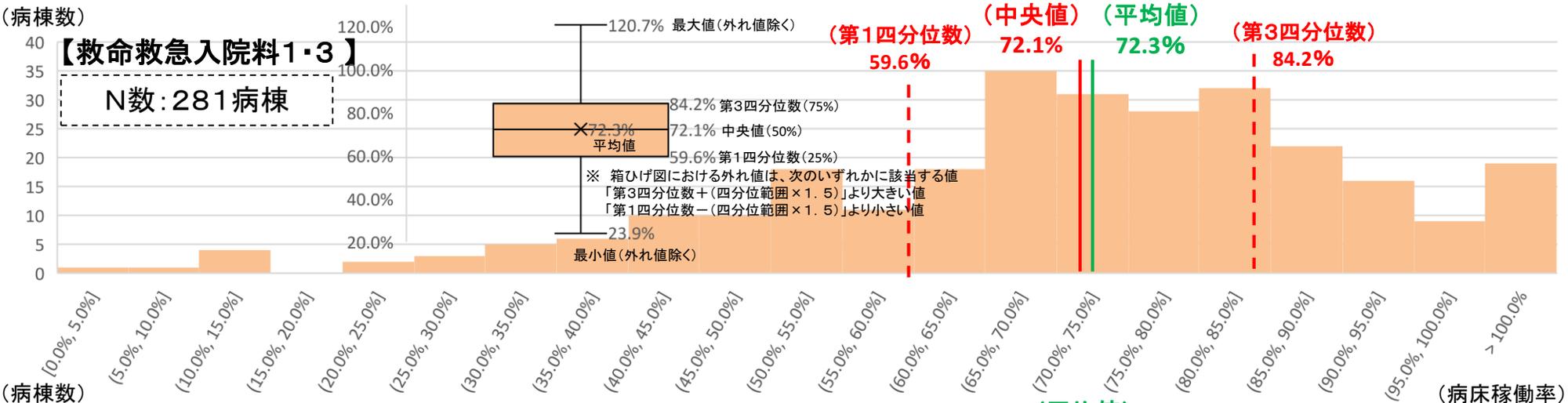
※ 病床稼働率は、「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間) ÷ (許可病床(一般・療養) × 366日)」により算出
 ※ 「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間)」は、毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めるため、退院当日に別患者が入院することが多い場合、病床稼働率は100%超となる。

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告 (患者延べ数: 令和元年7月1日～令和2年6月30日、病床数: 令和2年7月1日時点)

病棟別の病床稼働率の分布 (救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)

○ 対象病院における病棟(救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)別の病床稼働率の分布については、以下のとおり。



※ 病床稼働率は、「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間) ÷ (許可病床(一般・療養) × 366日)」により算出
 ※ 「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間)」は、毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めるため、退院当日に別患者が入院することが多い場合、病床稼働率は100%超となる。

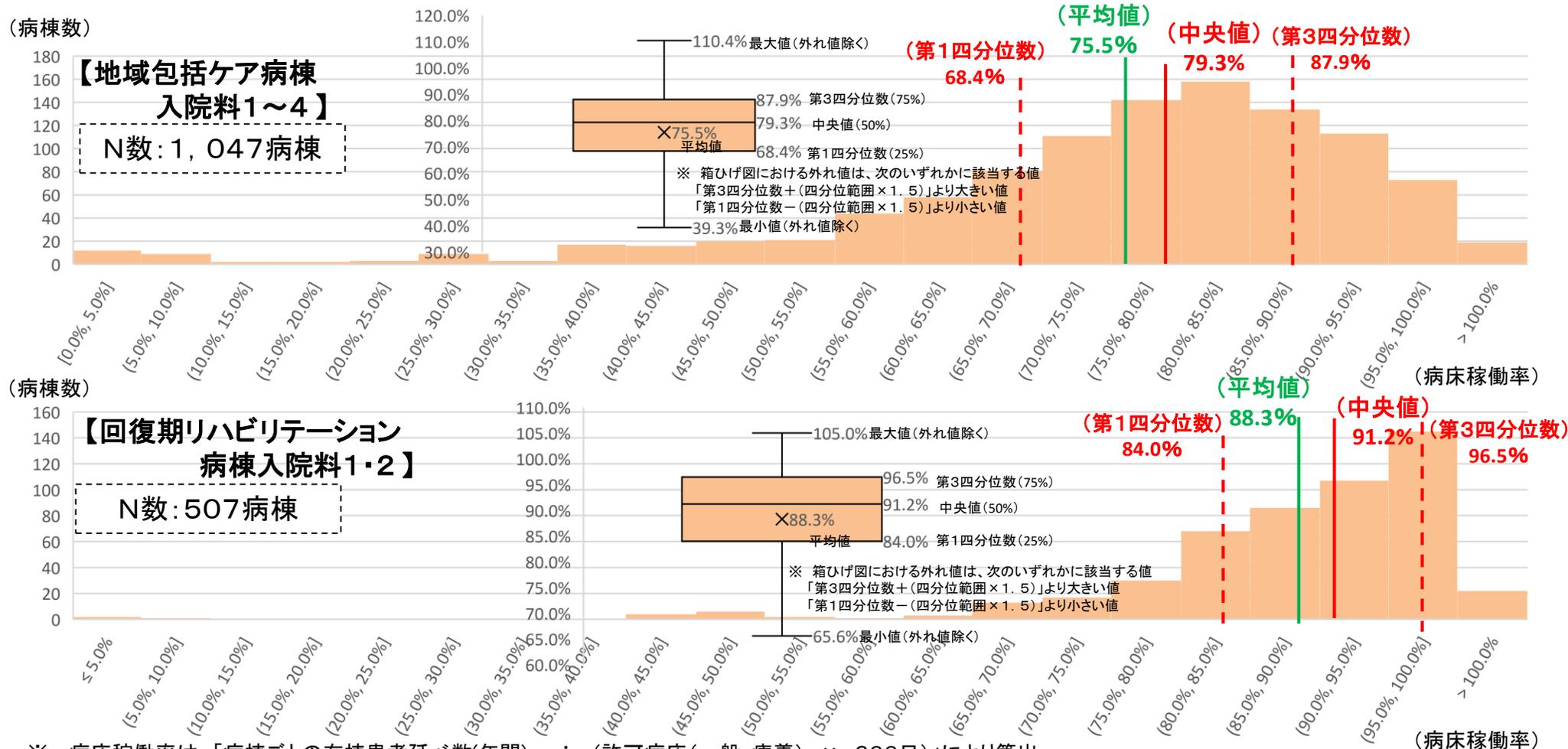
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告 (患者延べ数: 令和元年7月1日～令和2年6月30日、病床数: 令和2年7月1日時点)

病棟別の病床稼働率の分布

(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)

○ 対象病院における病棟(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)別の病床稼働率の分布については、以下のとおり。

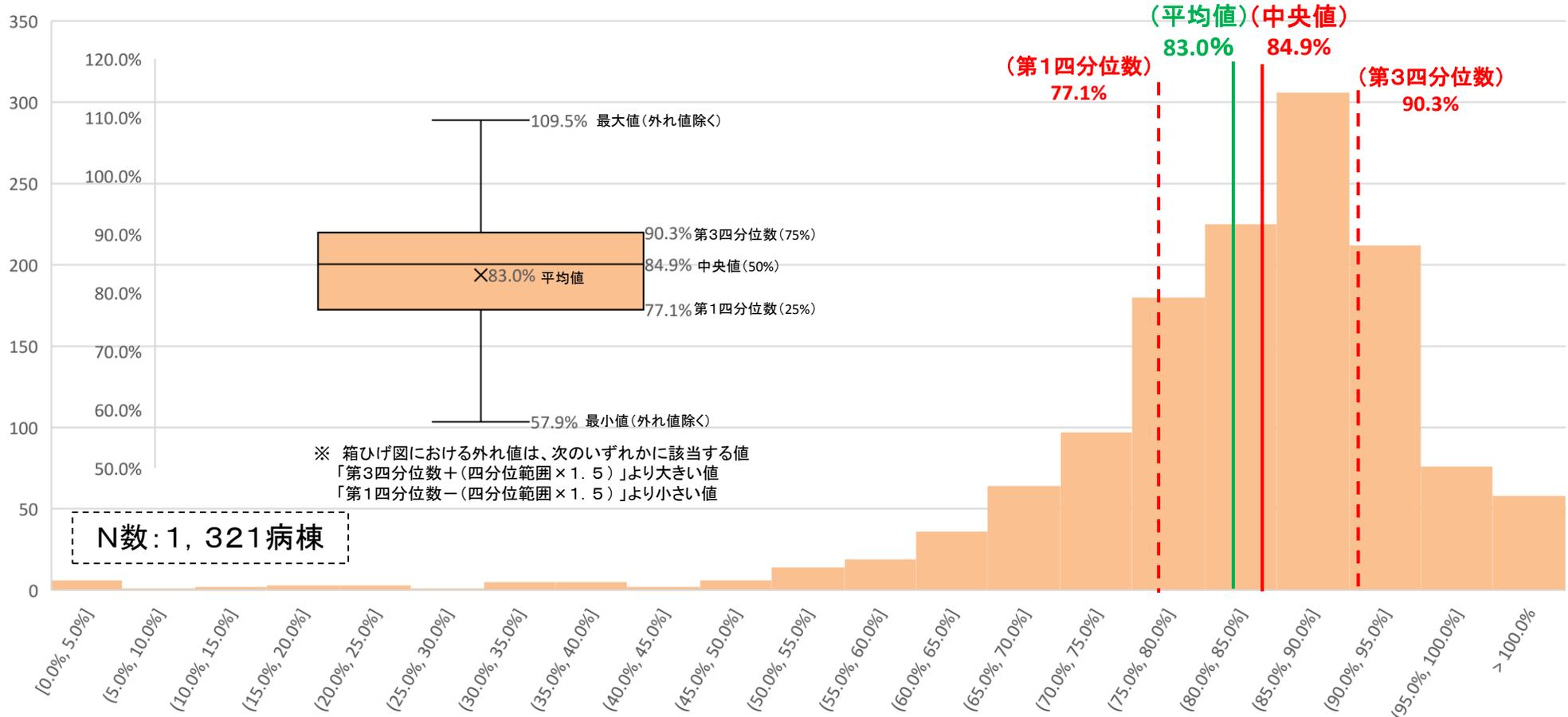


※ 病床稼働率は、「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間) ÷ (許可病床(一般・療養) × 366日)」により算出
 ※ 「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間)」は、毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めるため、退院当日に別患者が入院することが多い場合、病床稼働率は100%超となる。
 ※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設
 【出典】令和2年度 病床機能報告 (患者延べ数: 令和元年7月1日~令和2年6月30日、病床数: 令和2年7月1日時点)

病棟別の病床稼働率の分布 (特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)

○ 対象病院における病棟(特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)別の病床稼働率の分布については、以下のとおり。

(病棟数)



※ 病床稼働率は、「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間) ÷ (許可病床(一般・療養) × 366日)」により算出
 ※ 「病棟ごとの在棟患者延べ数(年間)」は、毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めるため、退院当日に別患者が入院することが多い場合、病床稼働率は100%超となる。
 ※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告 (患者延べ数: 令和元年7月1日～令和2年6月30日、病床数: 令和2年7月1日時点)

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

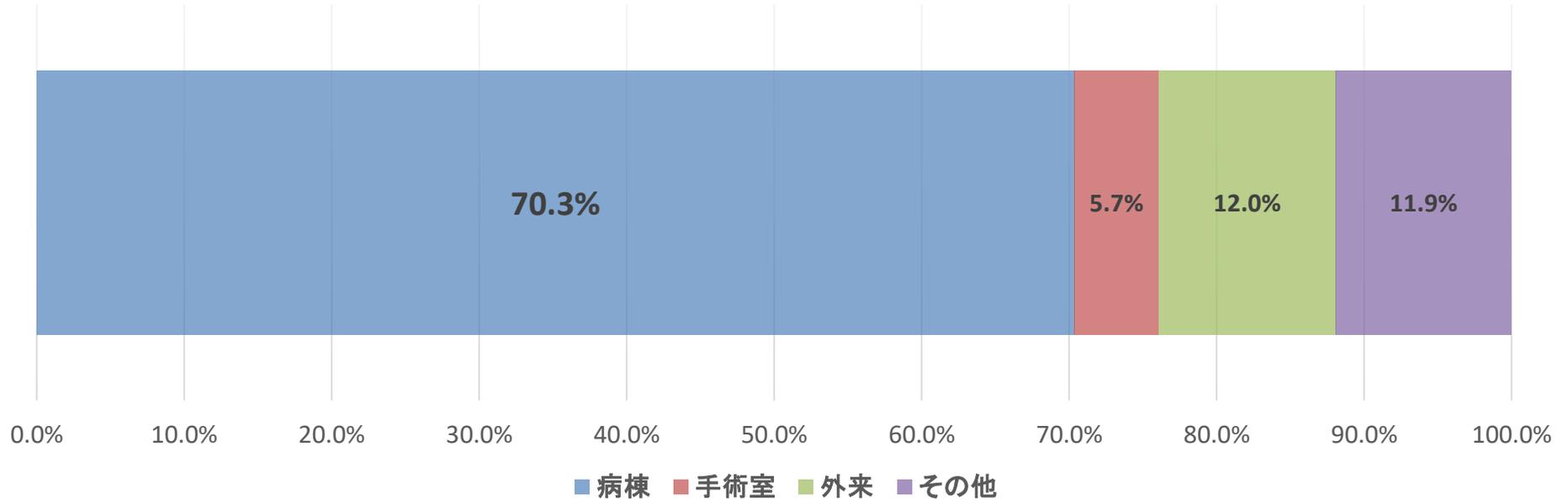
4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

部門別の看護職員の所属割合

○ 対象病院全体での部門別の看護職員の所属の割合は、下記のとおり。



令和2年度病床機能報告をもとに保険局医療課において作成

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

※ 「その他の部門」は、例えば、透析室、外来化学療法室、放射線照射外来室、退院調整部門、薬剤部門、リハビリ部門、訪問看護の部門、医事部門、管理部門、健診（人間ドック）部門、一般病床・療養病床以外の病床等が該当

※ 複数の部門を兼務している職員については、専ら当該部署で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該部門で勤務する）部門に計上され、それ以外は外来部門に計上される。

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

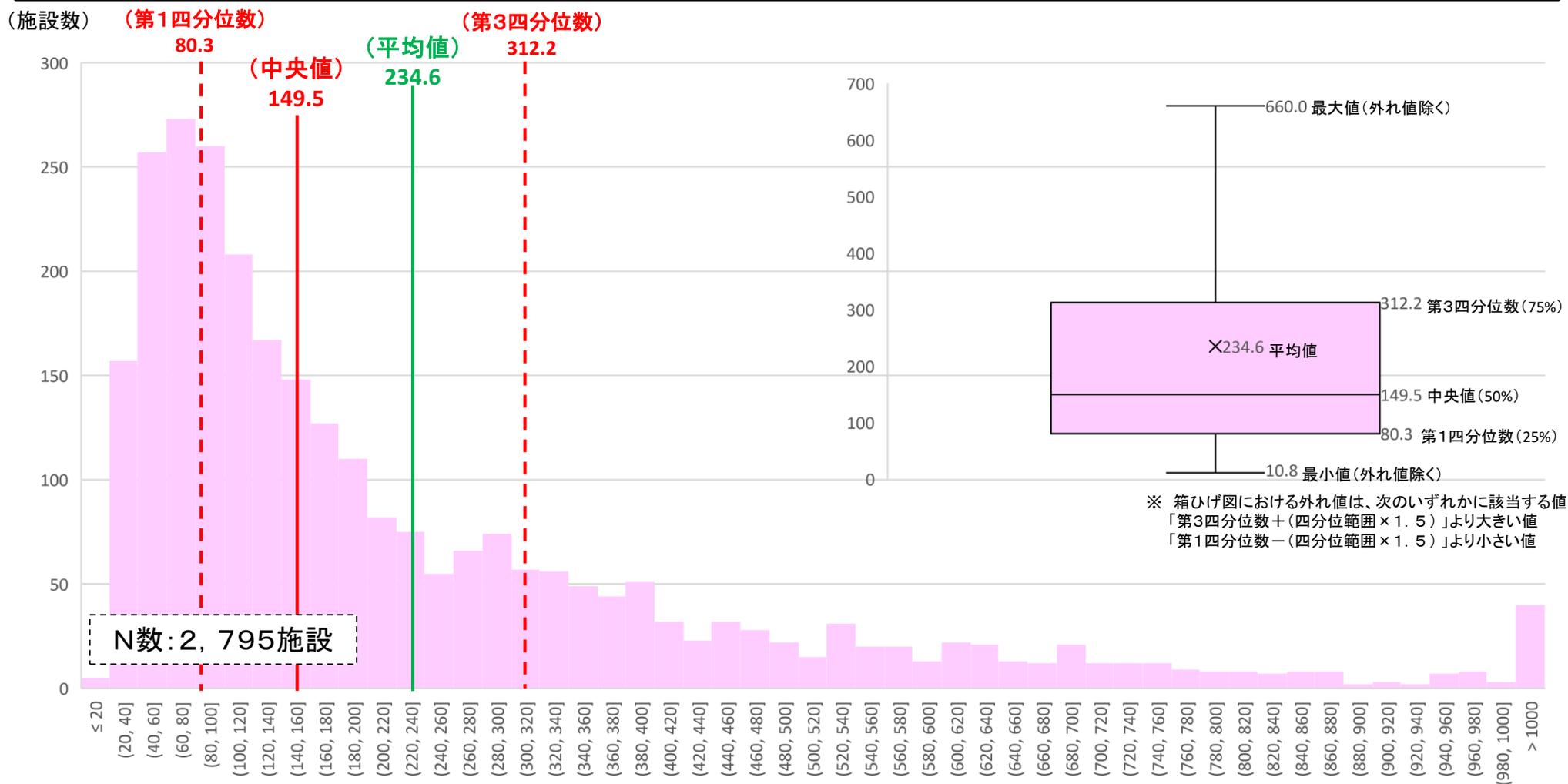
4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

看護職員数の分布(全体)

○ 対象病院における看護職員数の分布については、以下のとおり。



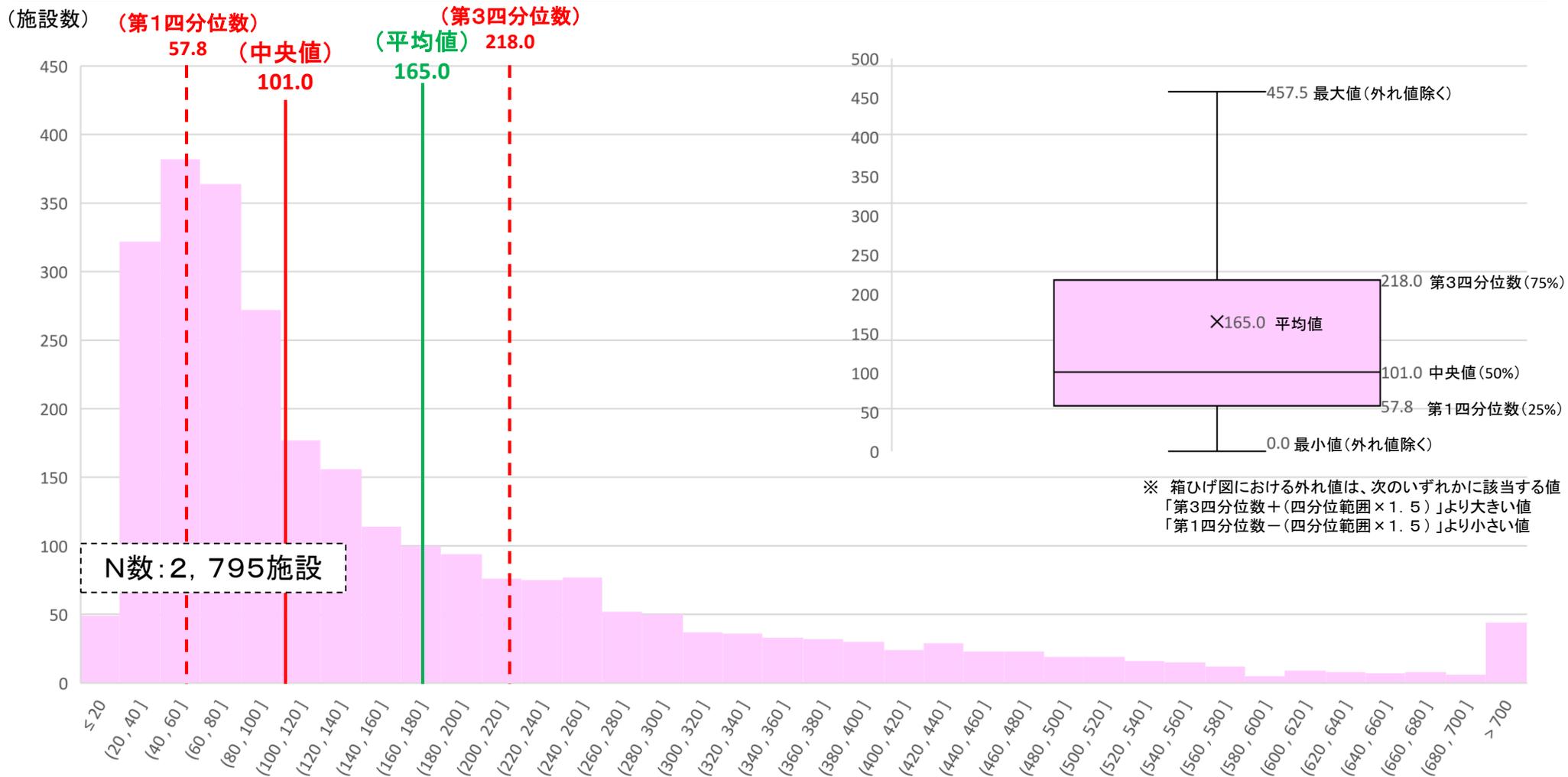
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(看護職員数)

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

部門別の看護職員数の分布(病棟部門)

○ 対象病院における病棟部門の看護職員数の分布については、以下のとおり。



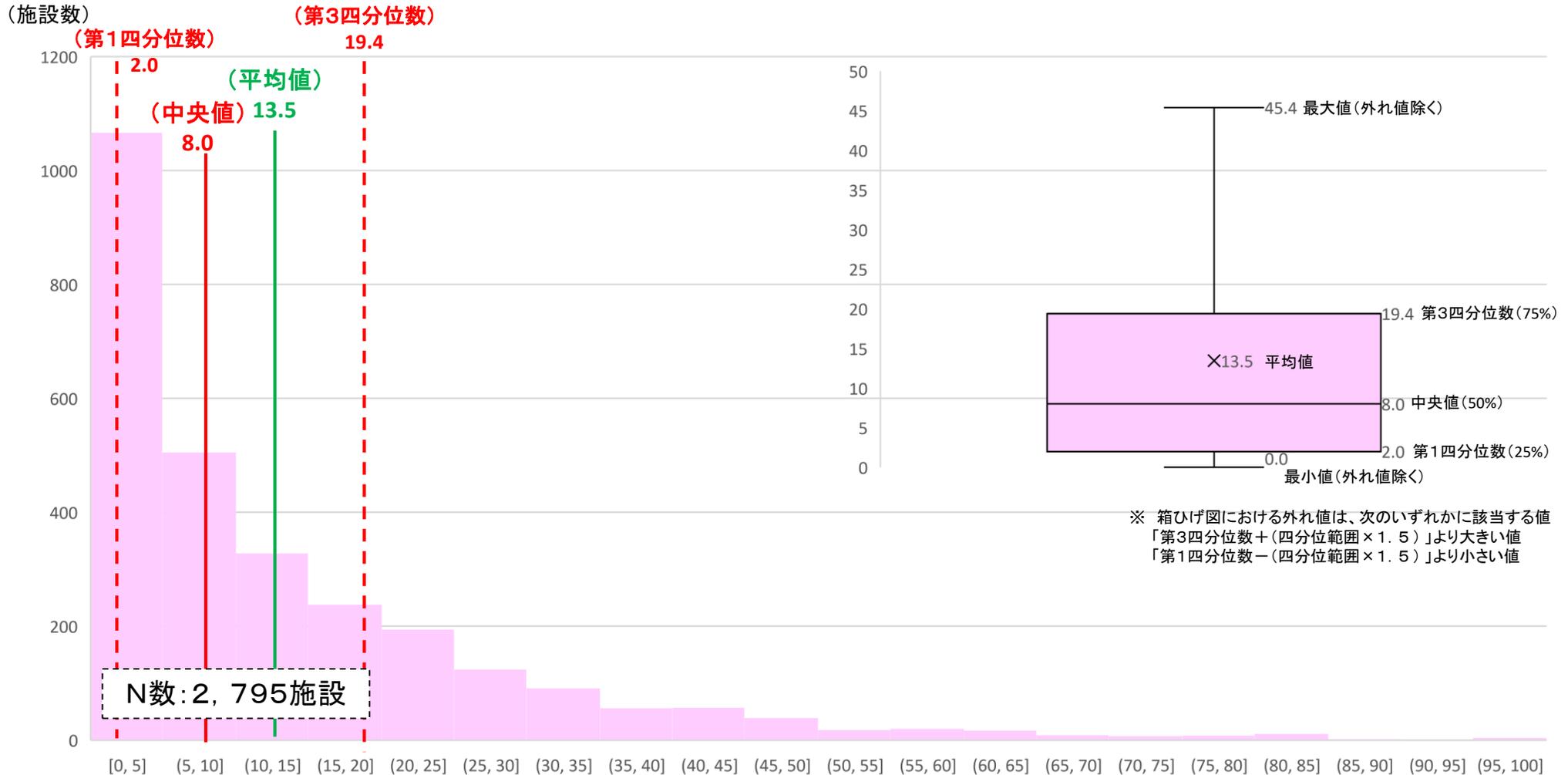
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(看護職員数)

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

部門別の看護職員数の分布(手術室)

○ 対象病院における手術室の看護職員数の分布については、以下のとおり。



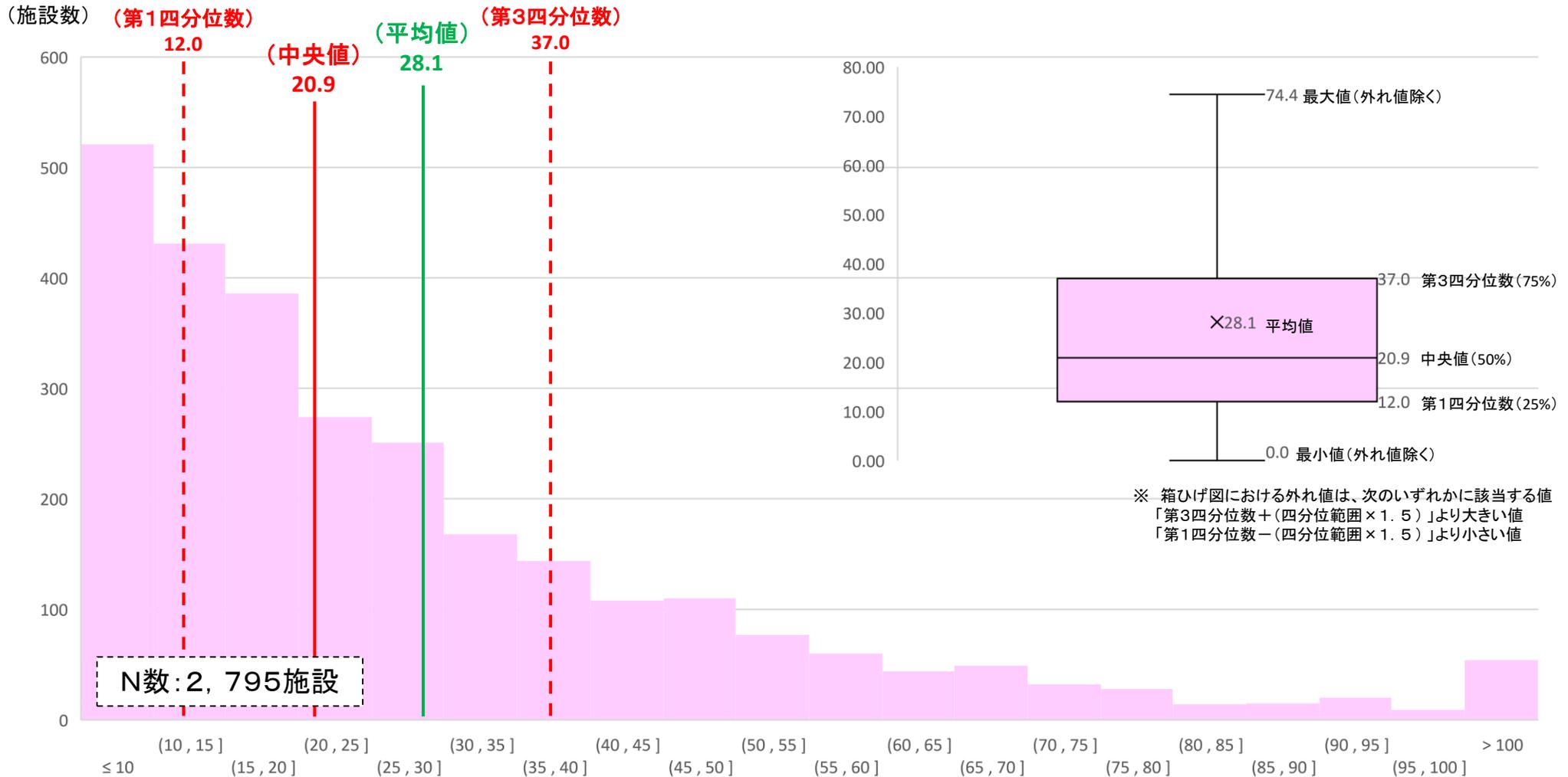
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(看護職員数)

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

部門別の看護職員数の分布(外来部門)

○ 対象病院における外来部門の看護職員数の分布については、以下のとおり。



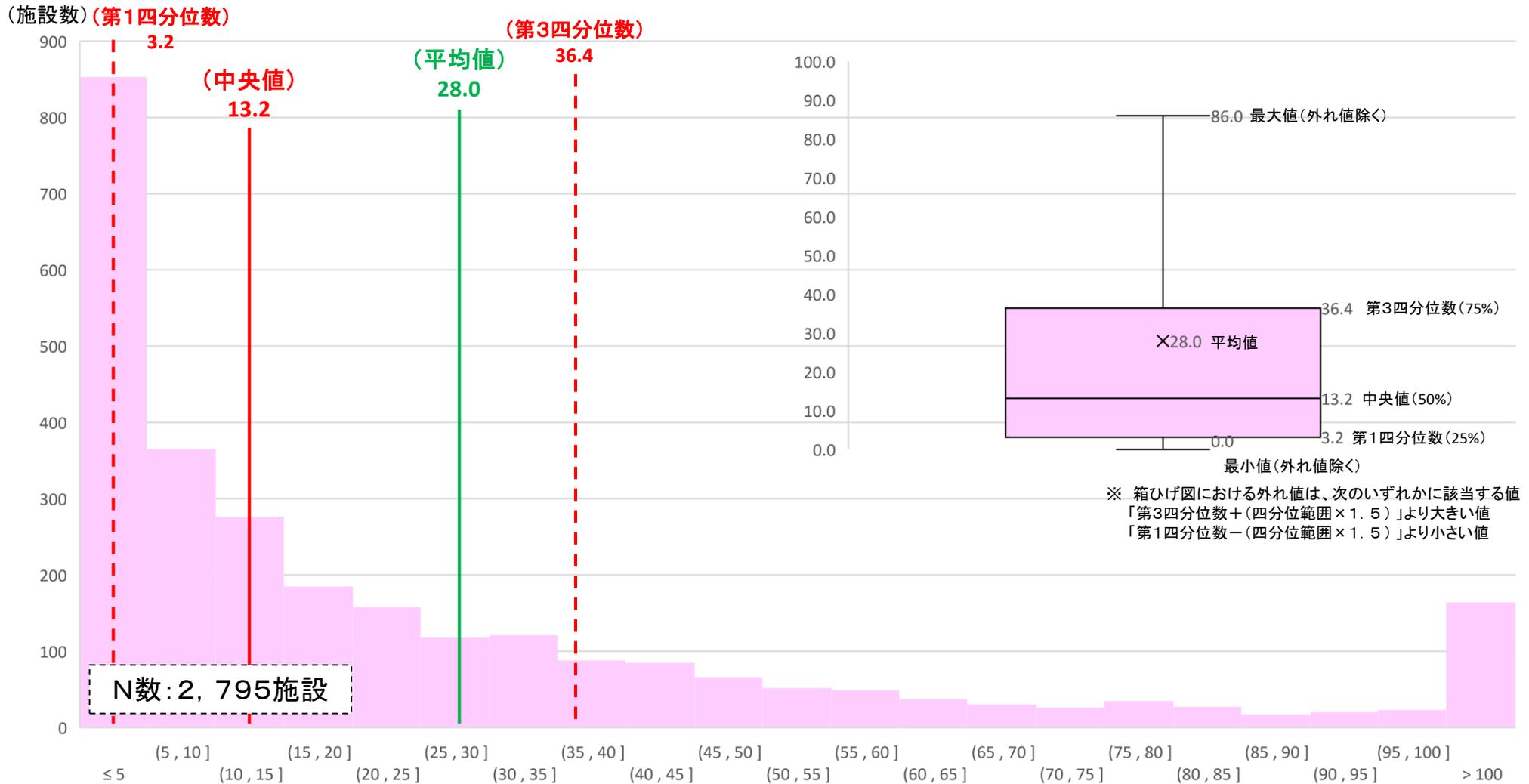
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(看護職員数)

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

部門別の看護職員数の分布(その他の部門)

○ 対象病院におけるその他の部門の看護職員数の分布については、以下のとおり。



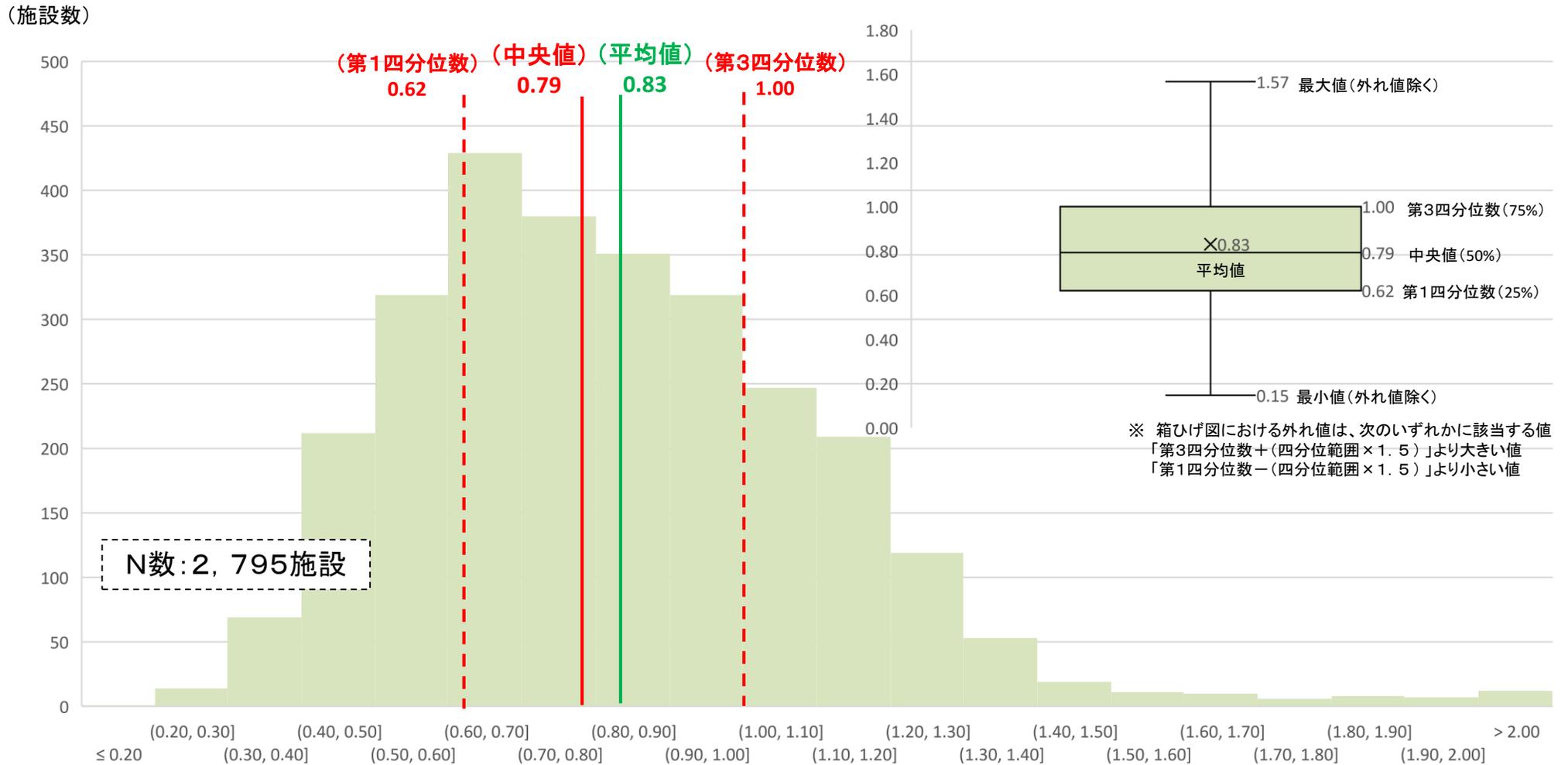
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(看護職員数)

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布(全体)

○ 対象病院における病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)」により算出

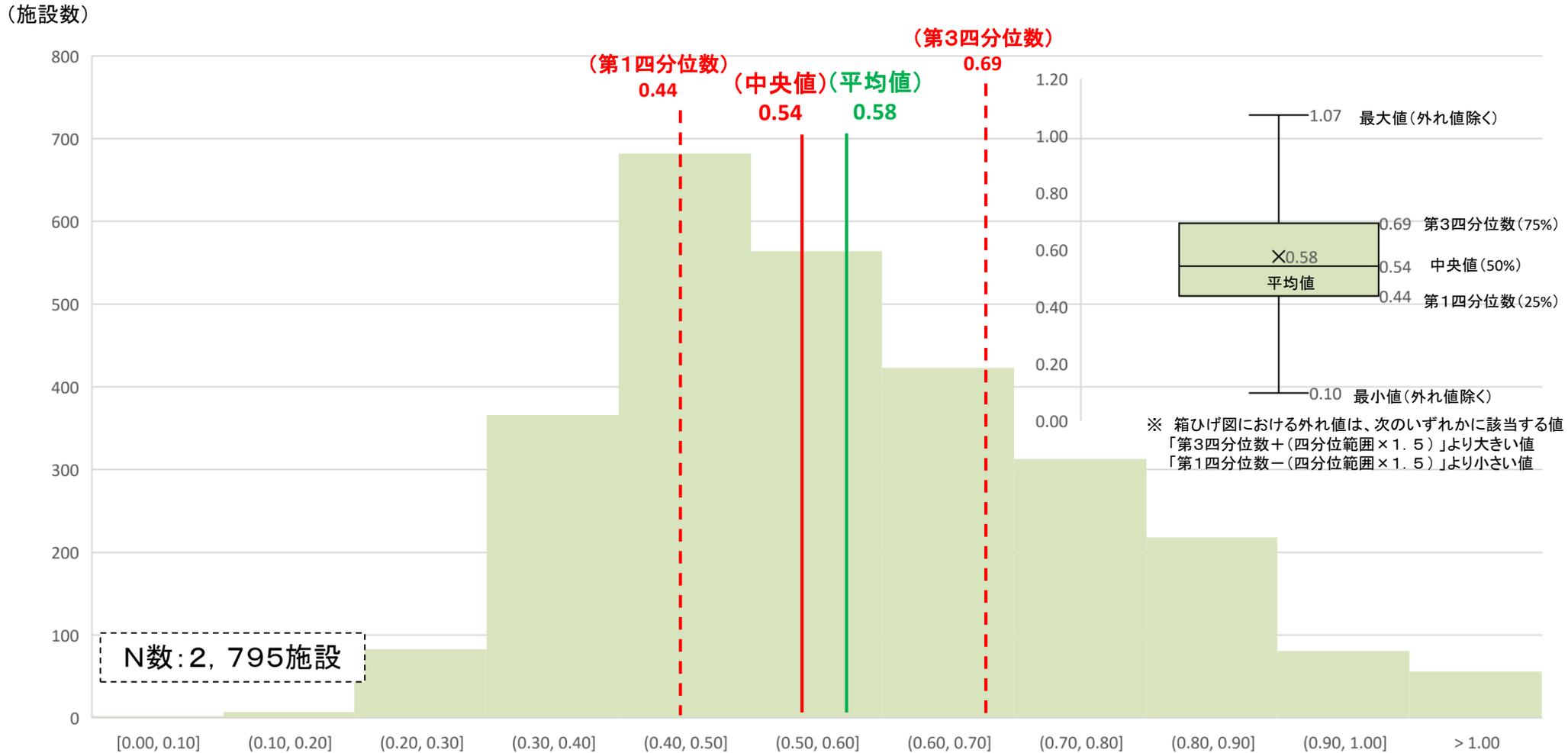
(病床1床当たりの看護職員数)

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの部門別看護職員数の分布(病棟部門)

○ 対象病院における病床1床当たりの病棟部門の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟部門の看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

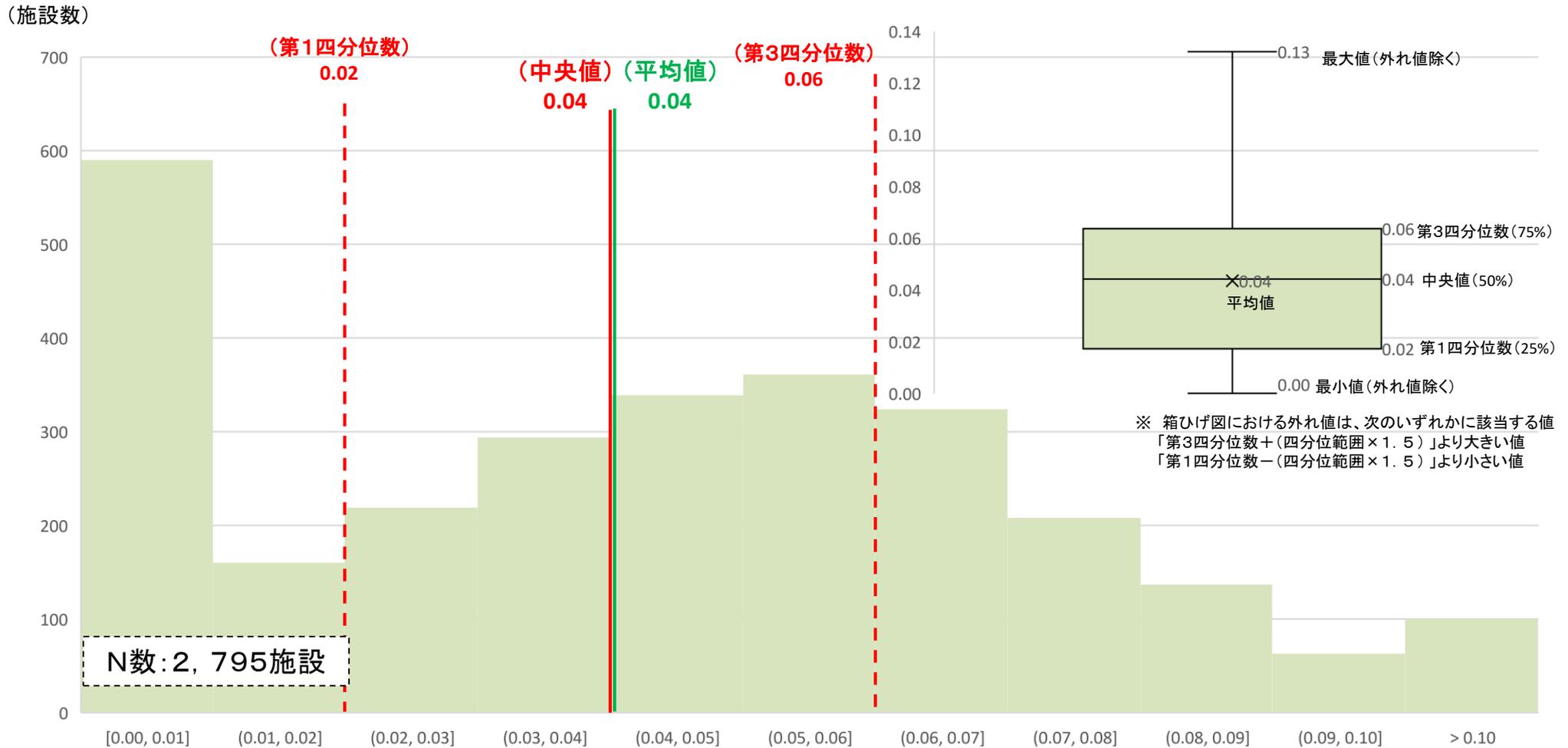
(病床1床当たりの看護職員数)

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの部門別看護職員数の分布(手術室)

○ 対象病院における病床1床当たりの手術室の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「手術室の看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

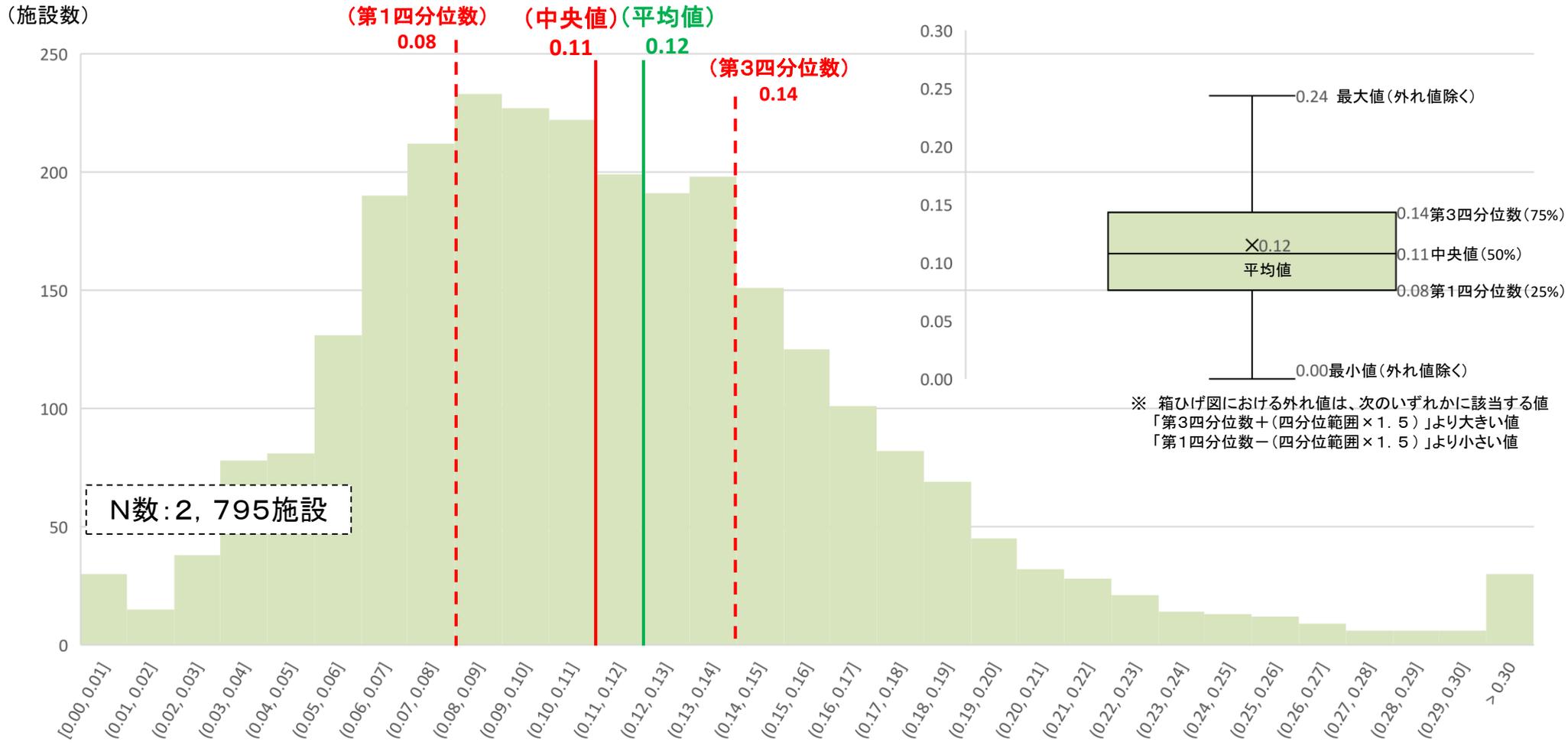
(病床1床当たりの看護職員数)

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの部門別看護職員数の分布(外来部門)

○ 対象病院における病床1床当たりの外来部門の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「外来部門の看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

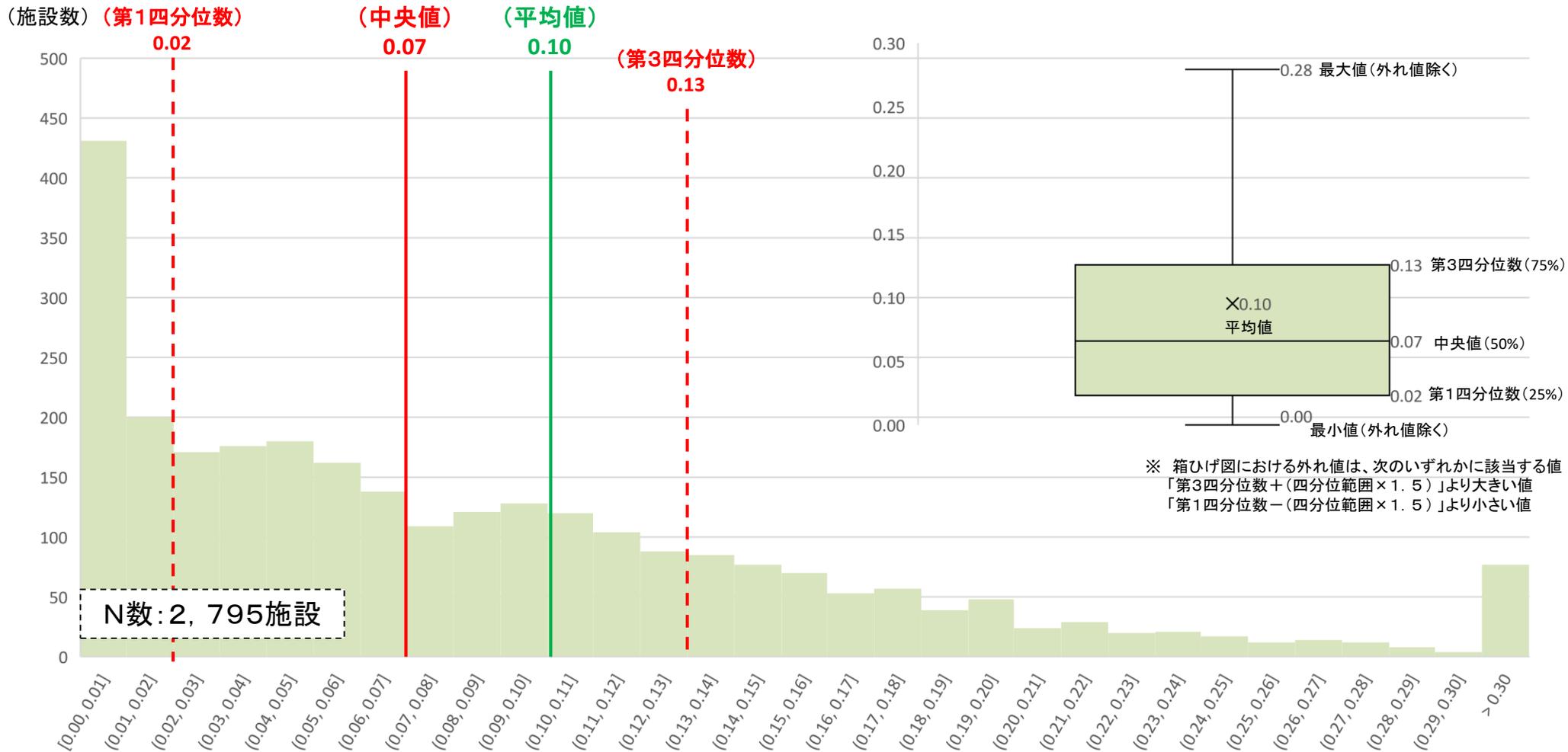
(病床1床当たりの看護職員数)

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの部門別看護職員数の分布(その他の部門)

○ 対象病院における病床1床当たりのその他の部門の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「その他の部門の看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

(病床1床当たりの看護職員数)

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

入院基本料等における看護職員等の配置基準

	入院基本料等名		看護配置基準	
入院基本料	急性期一般入院料1	看護職員	7対1	
	急性期一般入院料2～7	看護職員	10対1	
	地域一般入院料1・2	看護職員	13対1	
	地域一般入院料3	看護職員	15対1	
	一般病棟特別入院基本料	—	なし	
	療養病棟入院料1・2	看護職員	20対1	
	療養病棟特別入院基本料	—	なし	
	結核病棟入院基本料	看護職員	7対1 10対1 13対1 15対1 18対1 20対1	
	結核病棟特別入院基本料	—	なし	
	精神病棟入院基本料	看護職員	10対1 13対1 15対1 18対1 20対1	
	精神病棟特別入院基本料	—	なし	
	特定機能病院入院基本料(一般病棟)	看護職員	7対1 10対1	
	特定機能病院入院基本料(結核病棟)	看護職員	7対1 10対1 13対1 15対1	
	特定機能病院入院基本料(精神病棟)	看護職員	7対1 10対1 13対1 15対1	
	専門病院入院基本料	看護職員	7対1 10対1 13対1	
	障害者施設等入院基本料	看護職員	7対1 10対1 13対1 15対1	
	有床診療所入院基本料	看護職員	7以上 4以上7未満 1以上4未満	
有床診療所療養病床入院基本料	看護職員 看護補助者	各6対1		

	入院基本料等名		看護配置基準	
特定入院料	救命救急入院料1・3	看護師	常時4対1	
	救命救急入院料2・4	看護師	常時2対1	
	特定集中治療室管理料1～4	看護師	常時2対1	
	ハイケアユニット入院医療管理料1	看護師	常時4対1	
	ハイケアユニット入院医療管理料2	看護師	常時5対1	
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	看護師	常時3対1	
	小児特定集中治療室管理料	看護師	常時2対1	
	新生児特定集中治療室管理料1・2	助産師・看護師	常時3対1	
	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)・(母体・胎児)	助産師・看護師	常時3対1	
	新生児治療回復室入院医療管理料	助産師・看護師	常時6対1	
	一類感染症患者入院医療管理料	看護師	常時2対1	
	特殊疾患入院医療管理料	看護職員・補助者	10対1	
	小児入院医療管理料1～3	看護師	7対1	
	小児入院医療管理料4	看護職員	10対1	
	小児入院医療管理料5	看護職員	15対1	

	入院基本料等名		看護配置基準	
特定入院料	回復期リハビリテーション病棟 入院料1・2	看護職員	13対1	
	回復期リハビリテーション病棟 入院料3～6	看護職員	15対1	
	地域包括ケア病棟入院料1～4	看護職員	13対1	
	地域包括ケア入院医療管理料1～4	看護職員	13対1	
	特殊疾患病棟入院料1・2	看護職員・補助者	10対1	
	緩和ケア病棟入院料1・2	看護師	7対1	
	精神科救急入院料	看護師	10対1	
	精神科急性期治療病棟入院料1・2	看護職員	1 13対1 2 15対1	
	精神科救急・合併症入院料	看護師	10対1	
	児童・思春期精神科入院医療管理料	看護師	10対1	
	精神療養病棟入院料	看護職員・補助者	15対1	
	認知症治療病棟入院料1・2	看護職員	1 20対1 2 30対1	
	特定一般病棟入院料1・2	看護職員	1 13対1 2 15対1	
地域移行機能強化病棟入院料	看護職員等	15対1		

※ 令和4年度診療報酬改定前の入院基本料等である点に留意

対象病院における入院料の届出状況

○ 対象病院における病棟について、各入院料の届出状況(届出病棟の件数・対象病院における全病棟に占める割合)は、以下のとおり。

入院料	件数	割合	入院料	件数	割合	入院料	件数	割合
急性期一般入院料1	7,298	39.8%	特定集中治療室管理料1	148	0.8%	小児入院医療管理料4	24	0.1%
急性期一般入院料2	264	1.4%	特定集中治療室管理料2	76	0.4%	小児入院医療管理料5	0	0.0%
急性期一般入院料3	3	0.0%	特定集中治療室管理料3	345	1.9%	特殊疾患病棟入院料1	22	0.1%
急性期一般入院料4	1,154	6.3%	特定集中治療室管理料4	66	0.4%	特殊疾患病棟入院料2	0	0.0%
急性期一般入院料5	557	3.0%	小児特定集中治療室管理料	8	0.0%	地域包括ケア病棟入院料1	360	2.0%
急性期一般入院料6	218	1.2%	新生児特定集中治療室管理料1	81	0.4%	地域包括ケア病棟入院料2	666	3.6%
急性期一般入院料7	72	0.4%	新生児特定集中治療室管理料2	140	0.8%	地域包括ケア病棟入院料3	6	0.0%
地域一般入院料1	103	0.6%	総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児)	124	0.7%	地域包括ケア病棟入院料4	15	0.1%
地域一般入院料2	39	0.2%	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	113	0.6%	地域包括ケア入院医療管理料1	7	0.0%
地域一般入院料3	89	0.5%	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	177	1.0%	地域包括ケア入院医療管理料2	9	0.0%
一般病棟特別入院基本料	13	0.1%	ハイケアユニット入院医療管理料1	657	3.6%	地域包括ケア入院医療管理料3	0	0.0%
療養病棟入院料1	580	3.2%	ハイケアユニット入院医療管理料2	35	0.2%	地域包括ケア入院医療管理料4	1	0.0%
療養病棟入院料2	134	0.7%	救命救急入院料1	196	1.1%	回復期リハビリテーション病棟入院料1	439	2.4%
療養病棟特別入院基本料	5	0.0%	救命救急入院料2	25	0.1%	回復期リハビリテーション病棟入院料2	68	0.4%
専門病院7対1入院基本料	72	0.4%	救命救急入院料3	85	0.5%	回復期リハビリテーション病棟入院料3	187	1.0%
専門病院10対1入院基本料	7	0.0%	救命救急入院料4	80	0.4%	回復期リハビリテーション病棟入院料4	24	0.1%
障害者施設等7対1入院基本料	67	0.4%	新生児治療回復室入院医療管理料	197	1.1%	回復期リハビリテーション病棟入院料5	21	0.1%
障害者施設等10対1入院基本料	231	1.3%	緩和ケア病棟入院料1	167	0.9%	回復期リハビリテーション病棟入院料6	20	0.1%
障害者施設等13対1入院基本料	27	0.1%	緩和ケア病棟入院料2	157	0.9%	特定一般病棟入院料1	1	0.0%
障害者施設等15対1入院基本料	9	0.0%	小児入院医療管理料1	165	0.9%	特定一般病棟入院料2	1	0.0%
特定機能病院一般病棟7対1入院基本料	1,321	7.2%	小児入院医療管理料2	189	1.0%	算定なし(休床中など)	858	4.7%
特定機能病院一般病棟10対1入院基本料	10	0.1%	小児入院医療管理料3	85	0.5%	合計	18,318	100.0%

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(届出する入院基本料・特定入院料:令和2年7月1日時点)

データの分析について

1. 診療報酬における算定回数について

1) 入院料の算定回数の分布

2) 初再診料の算定回数の分布

2. 病床機能報告等における集計について

1) 許可病床数の分布

2) 病床稼働率の分布

3) 部門別の看護職員の所属割合

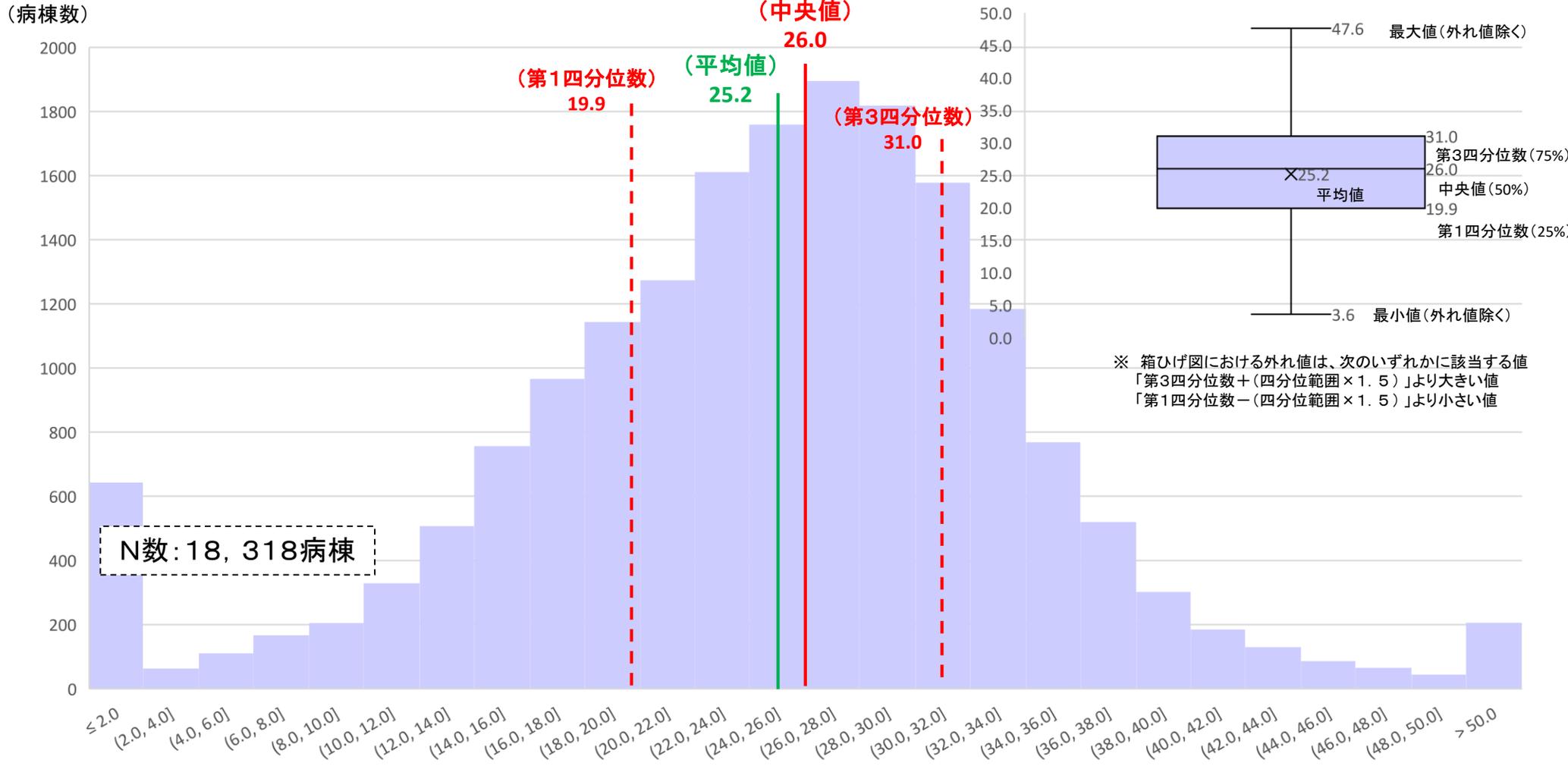
4) 部門別の看護職員数の分布

5) 対象病院における入院料の届出状況

6) 病棟別の看護職員数の分布

病棟別の看護職員数の分布(全体)

○ 対象病院における病棟別の看護職員数の分布については、以下のとおり。



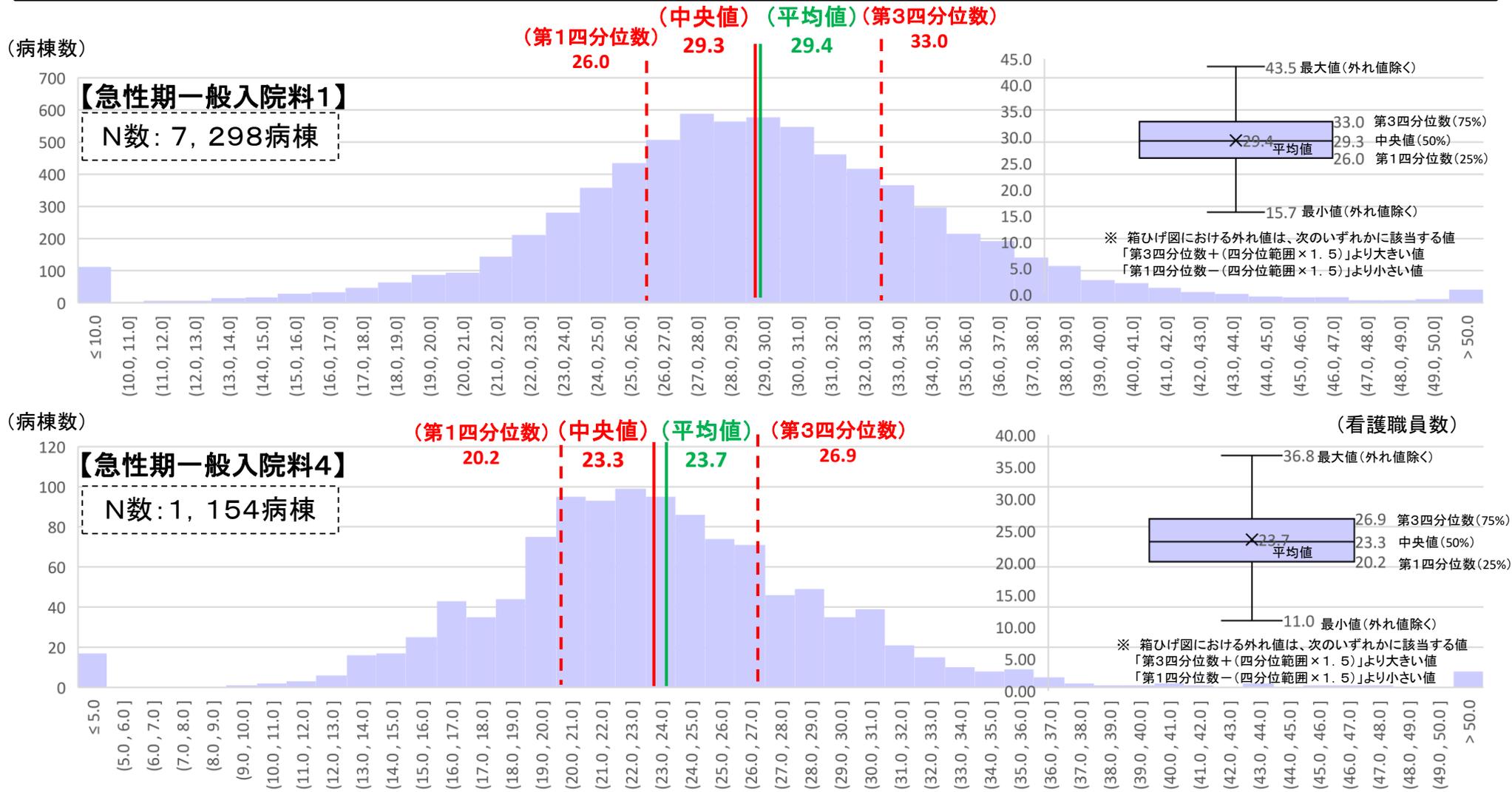
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数: 令和2年7月1日時点)

(看護職員数)

病棟別の看護職員数の分布(急性期一般入院料1・4)

○ 対象病院における病棟(急性期一般入院料1・4)別の看護職員数の分布については、以下のとおり。



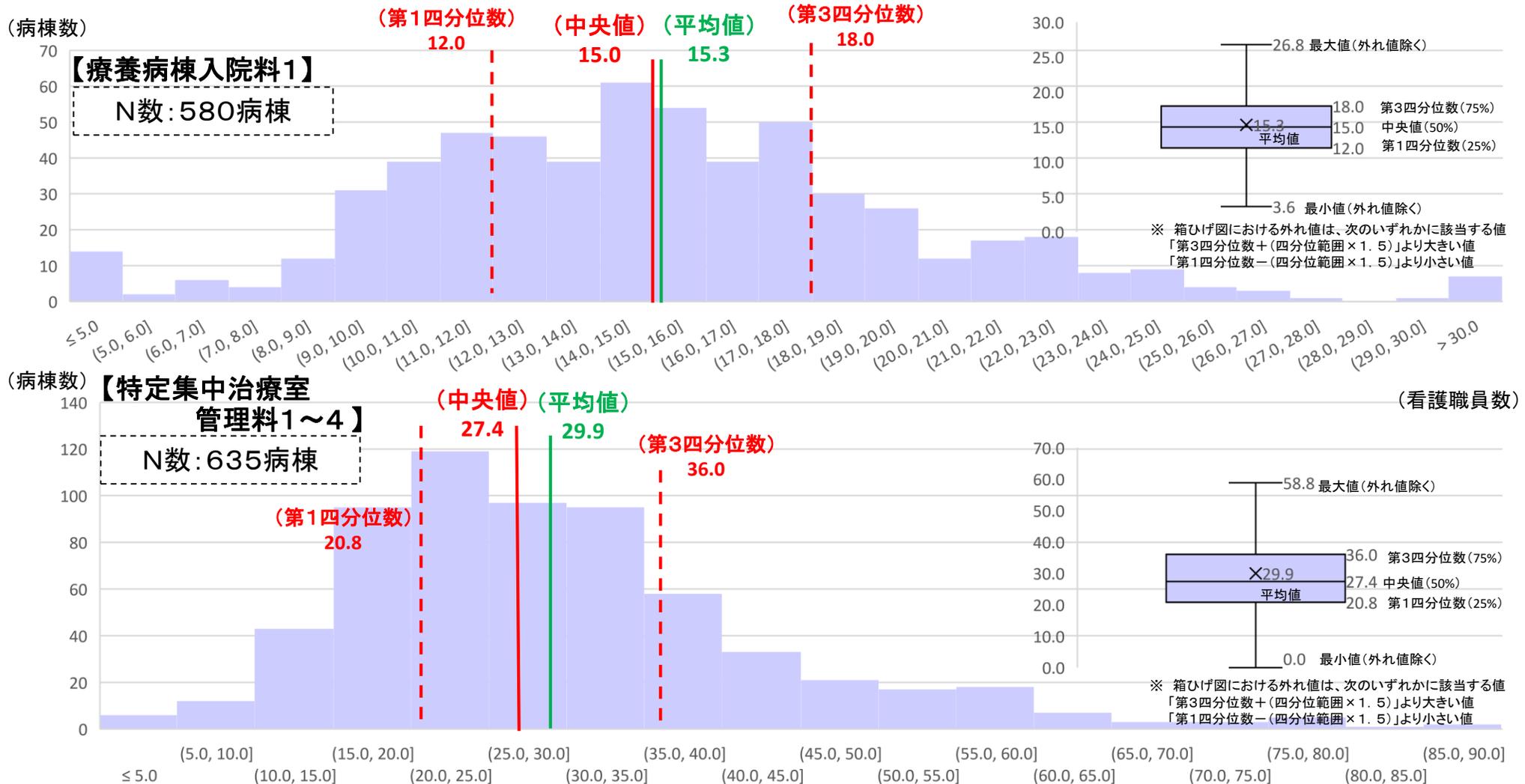
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

(看護職員数)

病棟別の看護職員数の分布 (療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1~4)

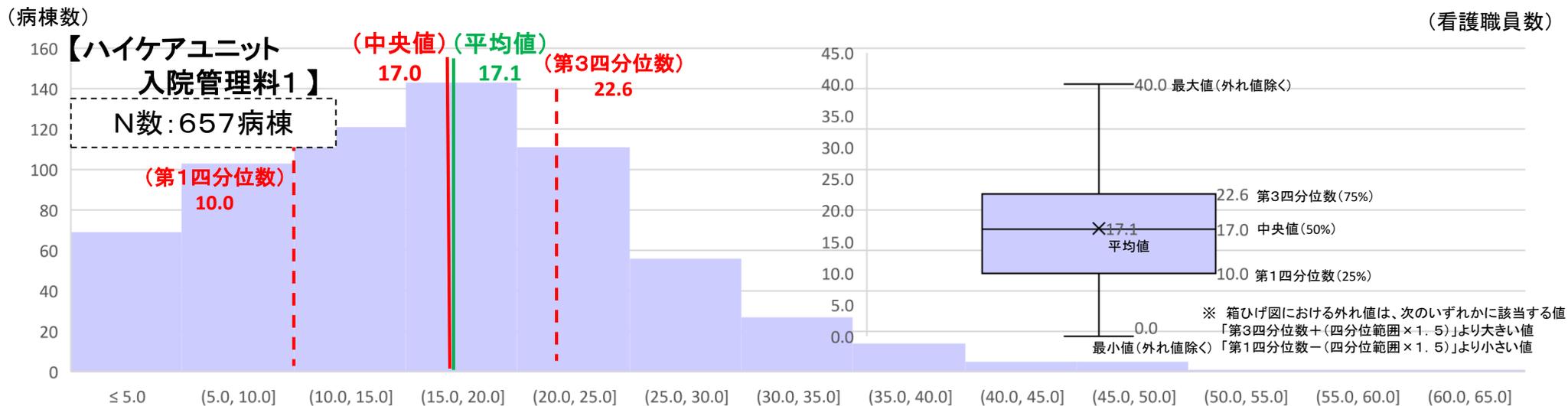
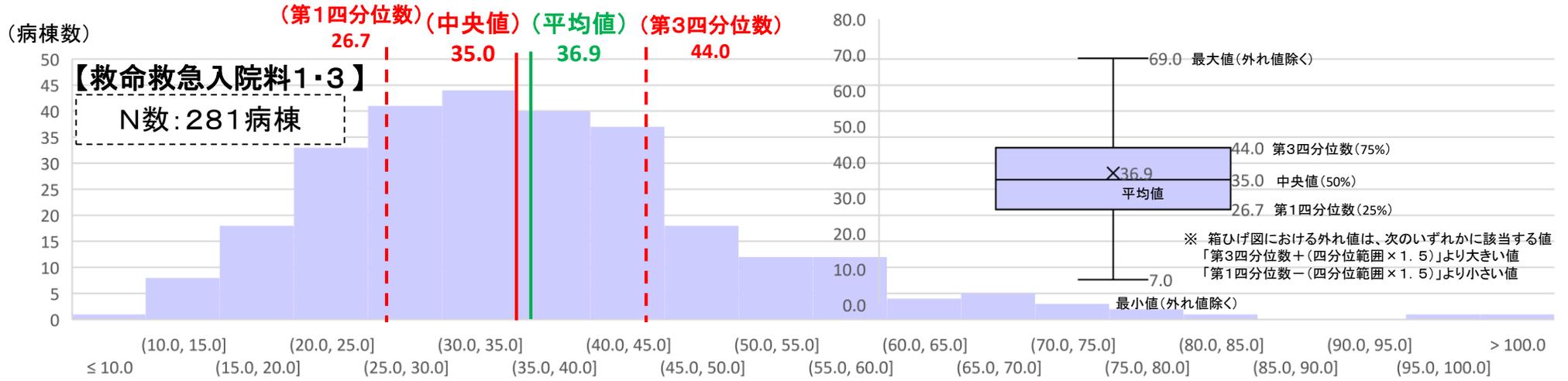
○ 対象病院における病棟(療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1~4)別の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

病棟別の看護職員数の分布 (救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)

○ 対象病院における病棟(救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)別の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

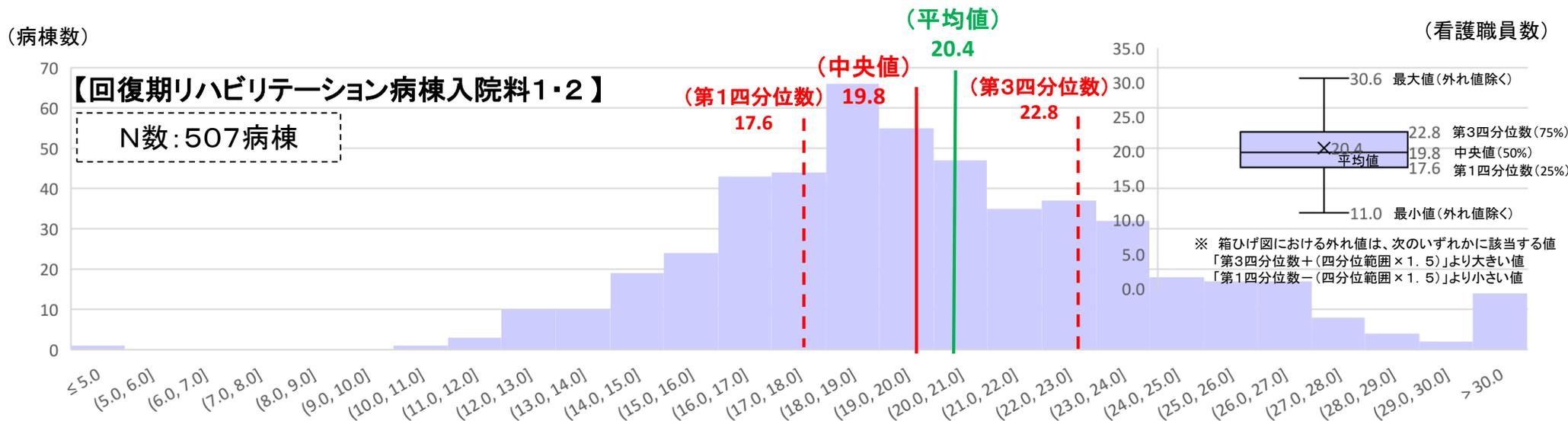
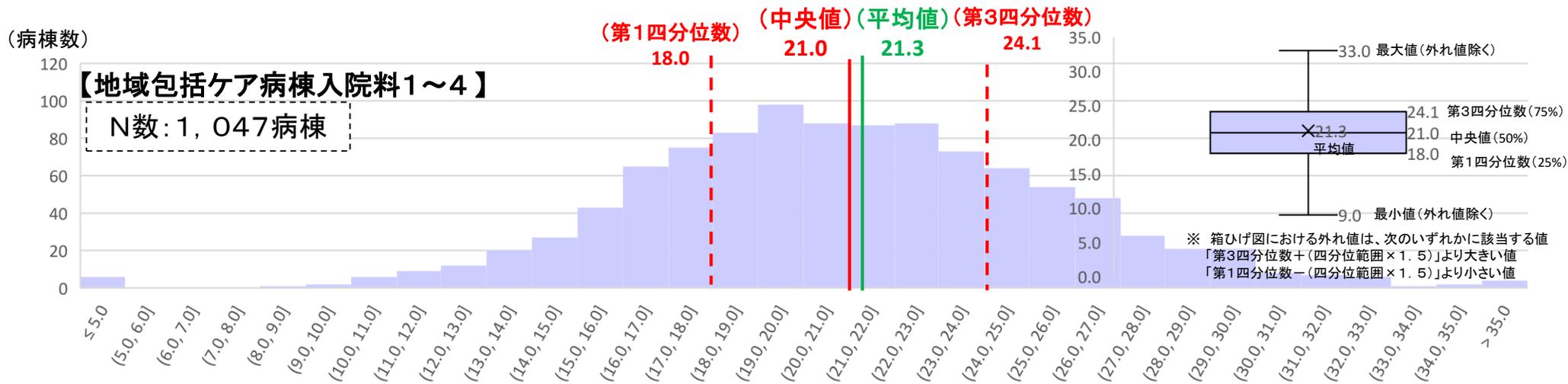
【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

(看護職員数)

病棟別の看護職員数の分布

(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)

○ 対象病院における病棟(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)別の看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

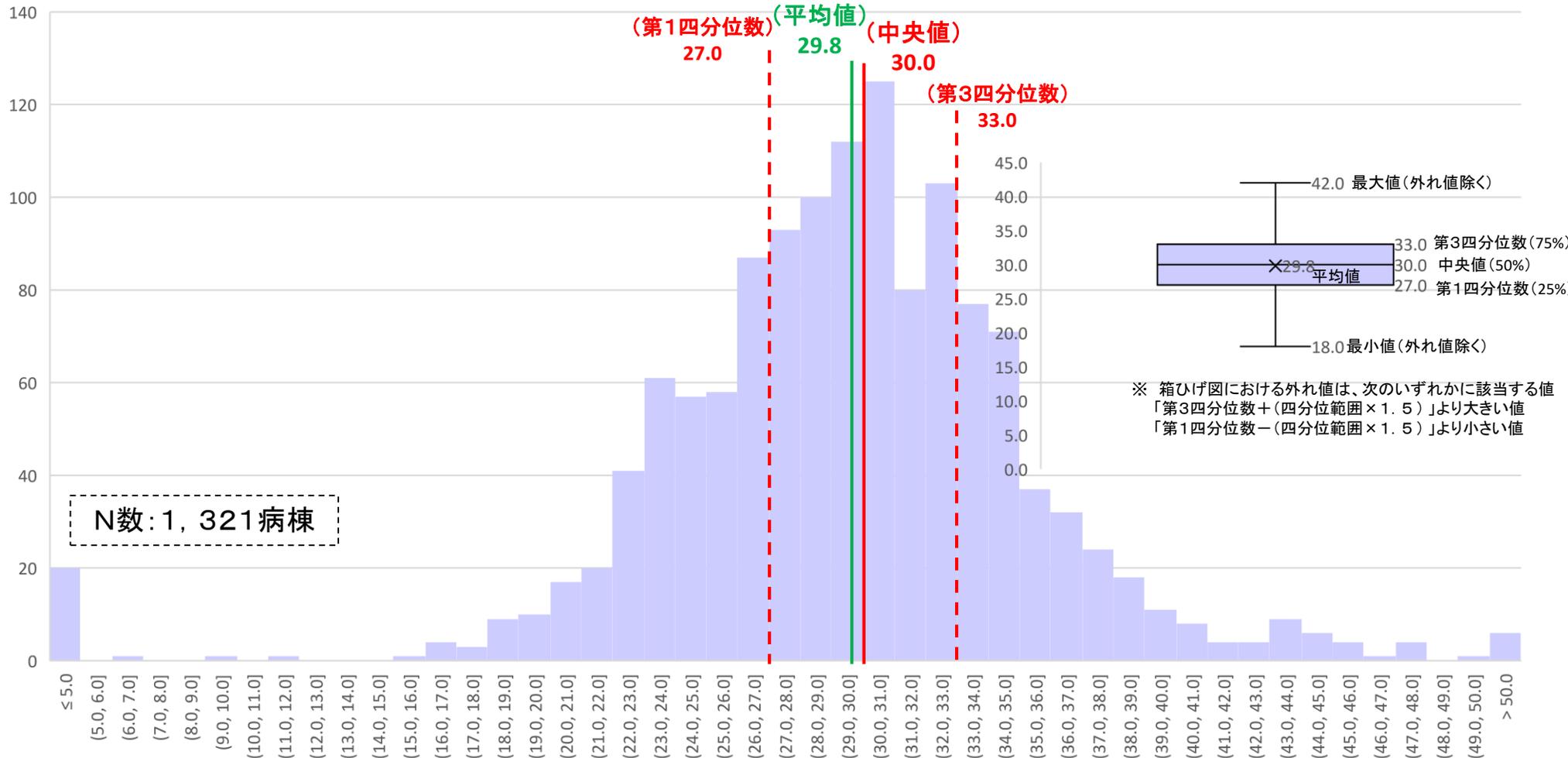
【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数:令和2年7月1日時点)

(看護職員数)

病棟別の看護職員数の分布 (特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)

○ 対象病院における病棟(特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)別の看護職員数の分布については、以下のとおり。

(病棟数)



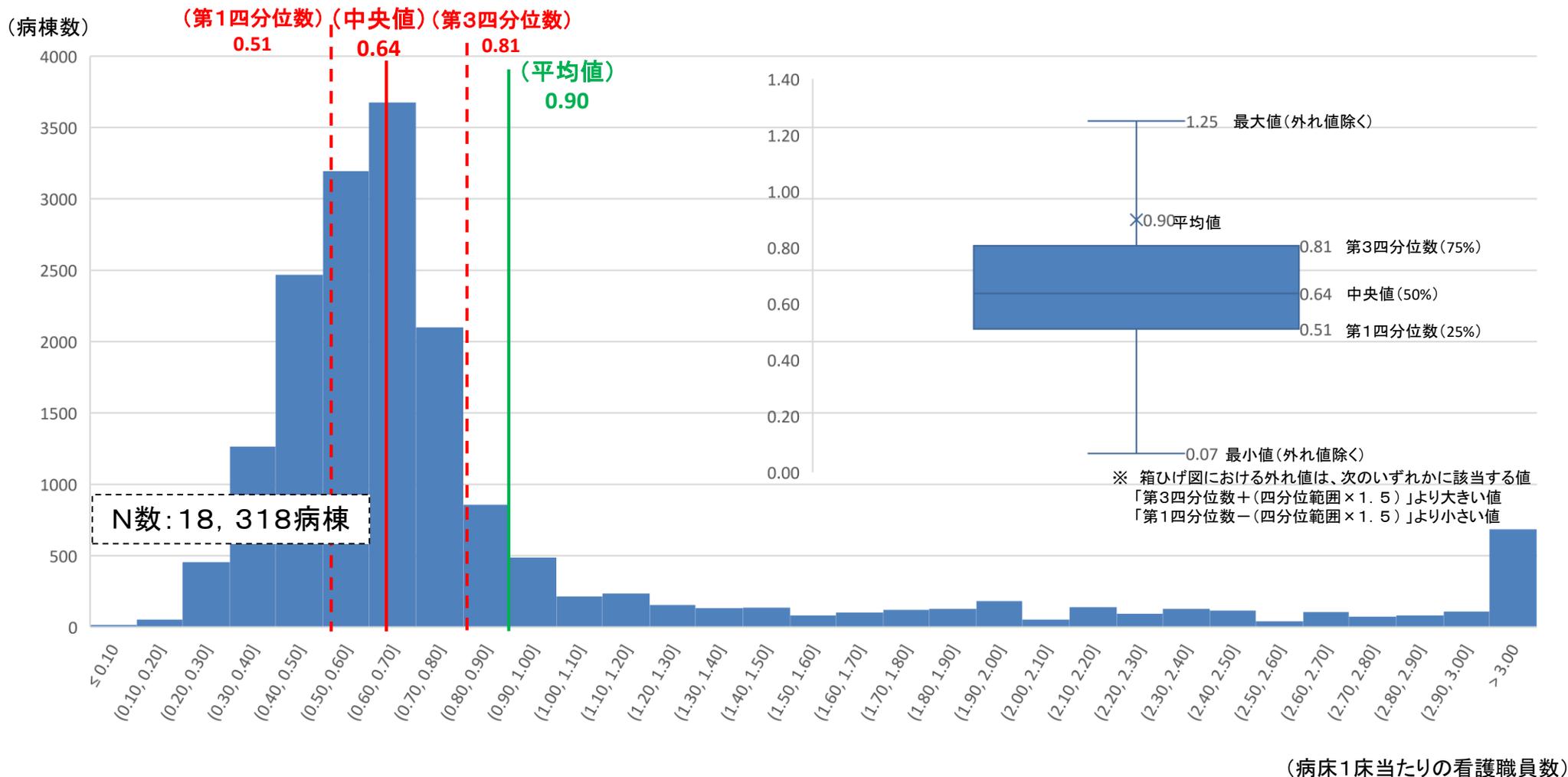
※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

(看護職員数)

【出典】令和2年度 病床機能報告 (看護職員数: 令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布(全体)

○ 対象病院における病棟別の病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



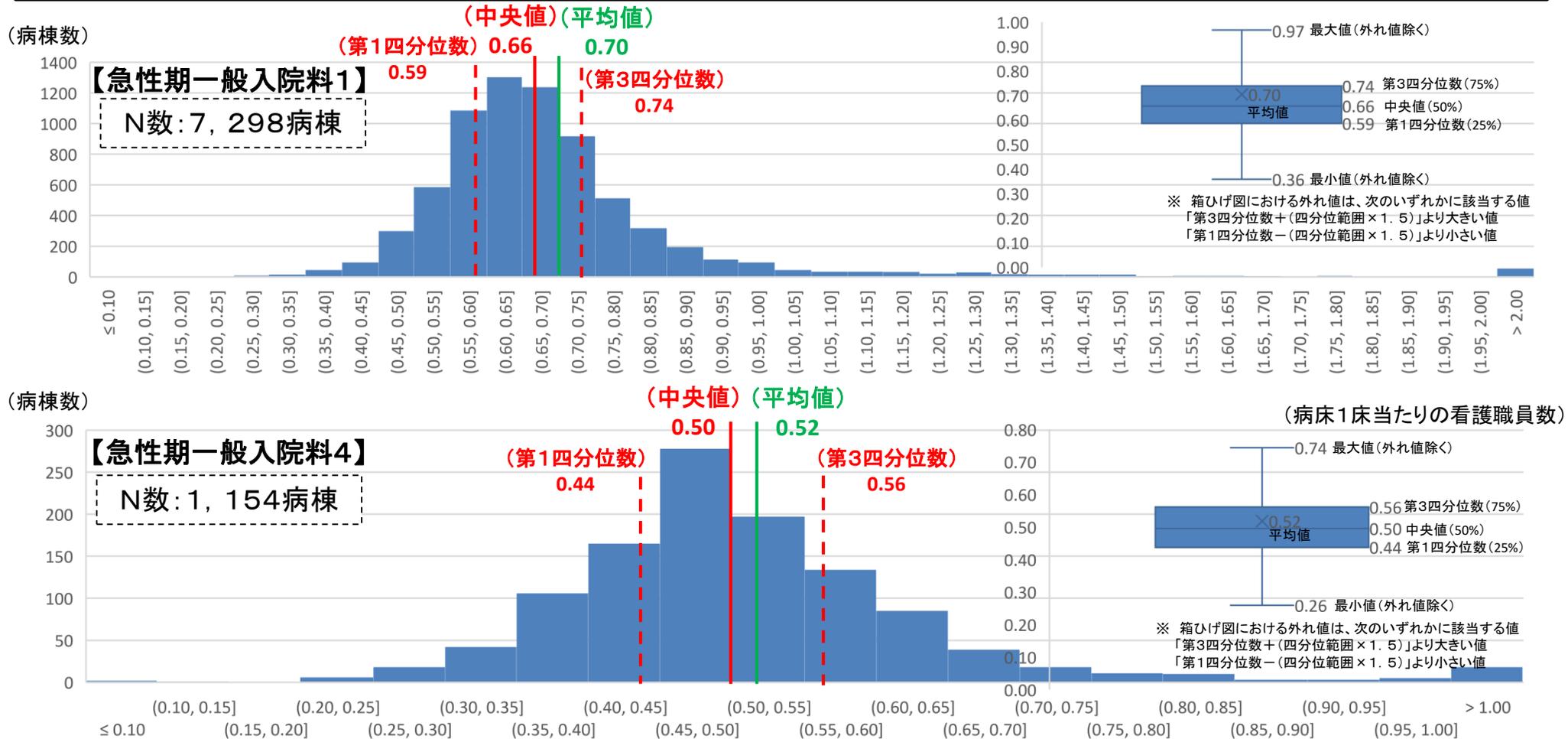
※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟ごとの看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布(急性期一般入院料1・4)

○ 対象病院における病棟(急性期一般入院料1・4)別の病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



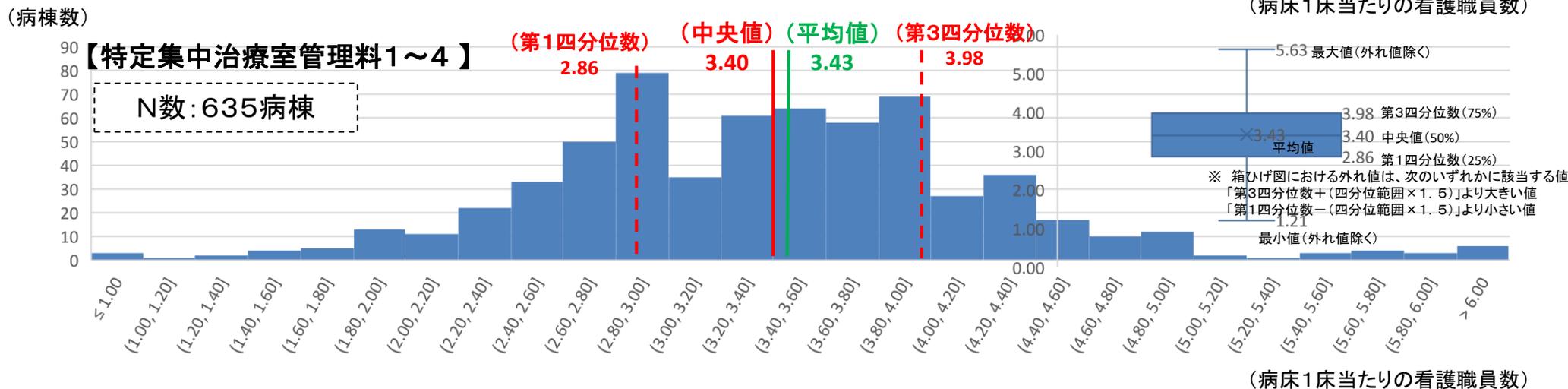
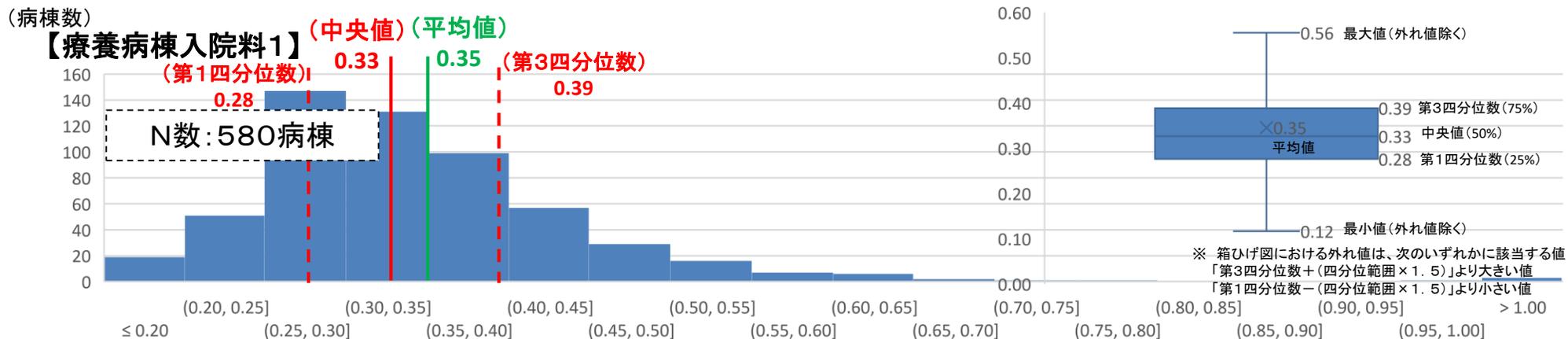
※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟ごとの看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布(療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1～4)

○ 対象病院における病棟(療養病棟入院料1、特定集中治療室管理料1～4)別の病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



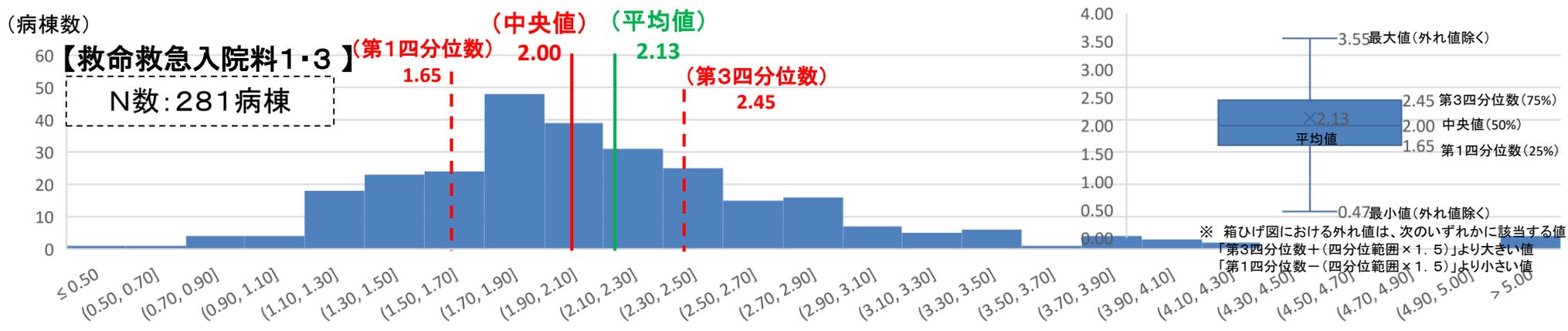
※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟ごとの看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布(救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)

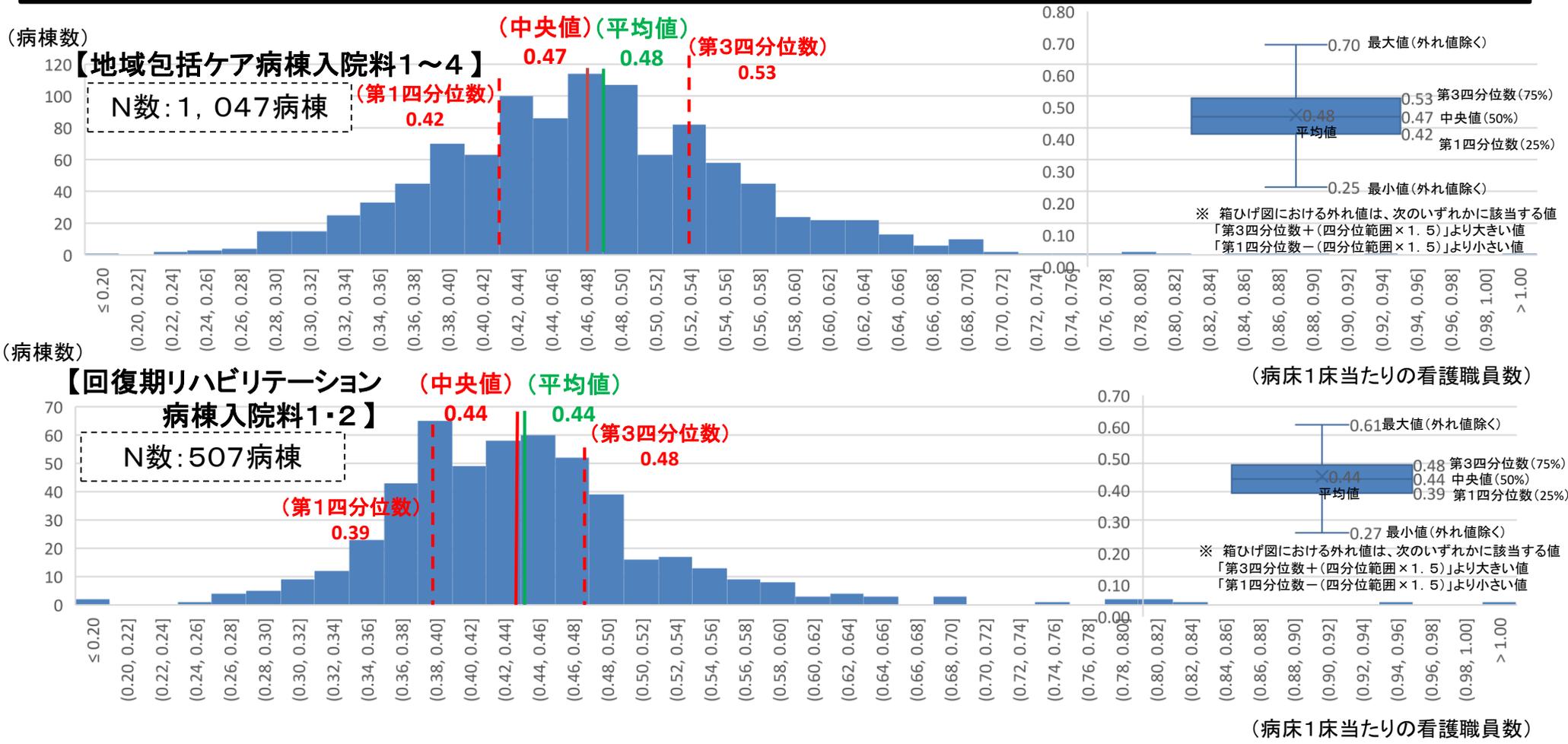
○ 対象病院における病棟(救命救急入院料1・3、ハイケアユニット入院管理料1)別の病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟ごとの看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出
 ※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設
 【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)

○ 対象病院における病棟(地域包括ケア病棟入院料1~4、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2)別の病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



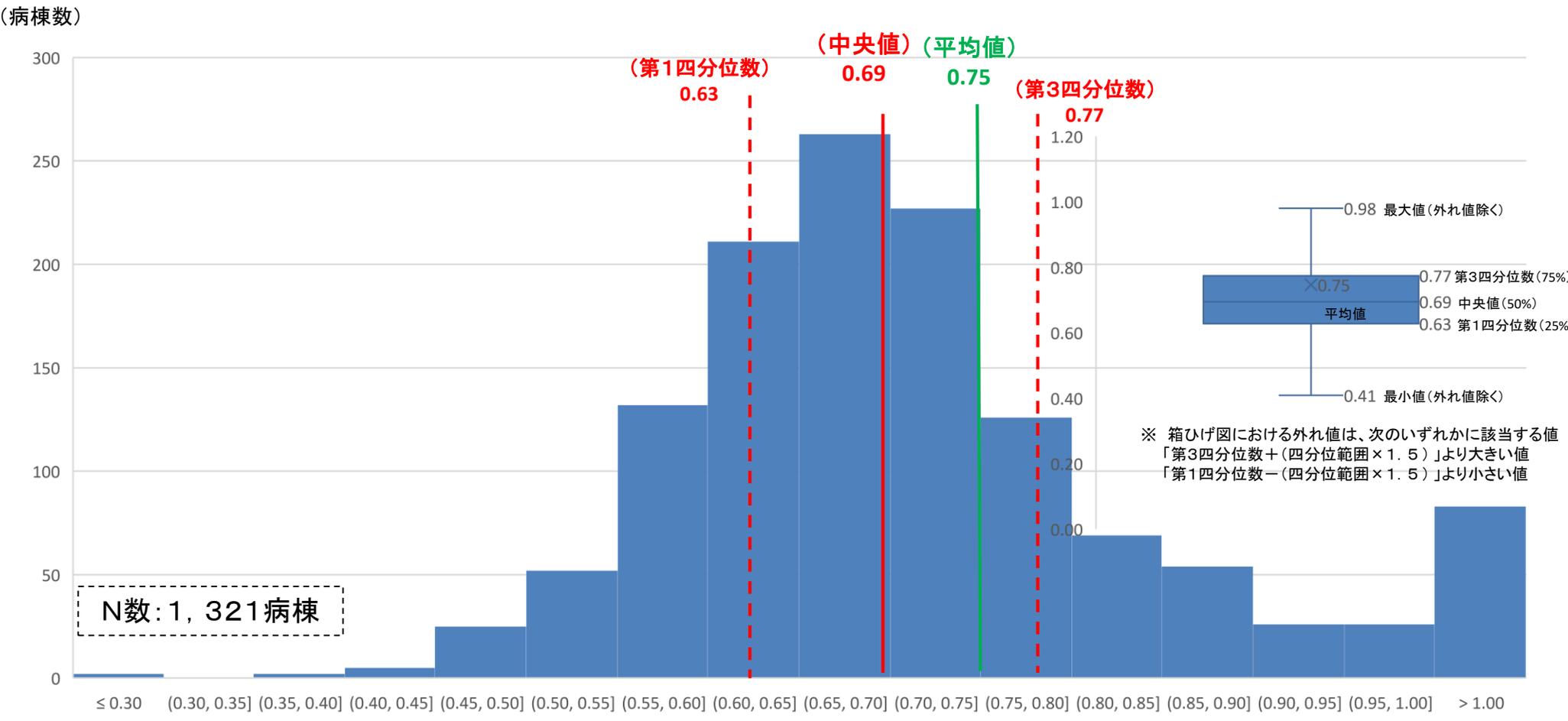
※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟ごとの看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

病床1床当たりの看護職員数の分布 (特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)

○ 対象病院における病棟(特定機能病院一般病棟7対1入院基本料)別の病床1床当たりの看護職員数の分布については、以下のとおり。



※ 病床1床当たりの看護職員数は、「病棟ごとの看護職員数 ÷ 許可病床(一般・療養)数」により算出

※ 本分析における対象病院は、令和2年度病床機能報告における救急車の年間受入件数200件以上の施設又は三次救急医療施設

【出典】令和2年度 病床機能報告(看護職員数、病床数:令和2年7月1日時点)

データの分析について(まとめ)

- 対象病院における入院料・初再診料等の算定回数を集計し、あわせて、入院料ごとの算定回数についても、病院単位で分布を集計した。同じ入院料を算定している病院の中でも、算定回数にはばらつきが見られた。また、初再診料等についても、算定回数にはばらつきが見られた。
- 病床稼働率については、入院料の種類ごとに平均値が異なっていた。同じ入院料を算定している病院の中でも、ばらつきが見られていた。
- 対象病院における看護職員の部門別の所属状況を集計したところ、最も多い所属先としては病棟部門で、全体のうち約7割を占めていた。各部門別の実際の看護職員数については、病院ごとに大きくばらついており、病床1床当たりで集計した場合でも、ばらつきは見られていた。
- 対象病院全体において算定されている入院料については、現在の診療報酬点数表に掲載されているほぼ全ての入院料が算定されていたが、急性期一般入院料1が最も多く、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、急性期一般入院料4が続いて多かった。
- 各病棟に実際に配置されている看護職員数については、各入院料の配置基準に対応してそれぞれ異なっていたが、同じ入院料を算定している病棟の中でも、実際の配置数にはばらつきが見られ、病床1床当たりの配置数として集計しても、ばらつきは見られていた。

中医協 診-1参考1
4 . 6 . 1

診調組 入-1参考1
4 . 5 . 1 9

診調組 入-2
4 . 4 . 1 3

看護の処遇改善について

(技術的検討において必要な調査・分析)

処遇改善についての課題及び論点

中 医 協 総 - 9
4 . 3 . 2 3

(処遇改善)

- 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)に基づき、令和3年度補正予算において、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(※1)の看護職員の収入を1%程度(月額平均4,000円相当)引き上げるための措置(看護職員等処遇改善補助金)が講じられている。

(※1) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

- また、昨年末の大臣折衝事項では、看護の処遇改善のための特例的な対応として、改定率+0.20%としたうえで、
 - ・ 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」及び「公的価格評価検討委員会中間整理」(令和3年12月21日)を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(※2)に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組み(※3)を創設する
 - ・ これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする

(※2) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

(※3) 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとされている。



【論点】

- 看護の処遇改善について、診療報酬において対応するに当たり、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な調査・分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

中医協総会における主な指摘

【3月23日 中央社会保険医療協議会総会】

- 診療報酬で処遇改善に対応していく際には、
 - ・ 評価方法、例えば、基本診療料で評価するのか、加算で評価するのか、あるいは新設項目で評価するのかという点、
 - ・ 評価の平準化、つまり、患者数の変動等により影響を受けることとなるため、処遇改善という安定的であるべき制度との考え方の両立が難しいこと、
 - ・ 先行して実施された介護報酬による処遇改善や、2月から実施されている補助金と比較した場合の違い等、様々な難しい課題が数多くあると予想される。
- 対象となる看護職員数、患者数、算定方法等さまざまな課題があるので、慎重な議論をお願いしたい。また、しっかり賃金に反映されるよう報告書の提出を求める等の仕組みが必要ではないか。一方、手続きが煩雑になりすぎないように検討いただきたい。
- 診療報酬の場合は、看護職員数だけでなく、患者数にも影響を受けるため、補助金と比較すると医療機関毎に過不足が生じる可能性があり、各医療機関にはその点を理解いただく必要がある。また、適切に処遇に反映されているか、事後検証の仕組みも必要ではないか。
- 現在の補助金による制度においても、対象となる施設とならない施設、対象となる職員とならない職員がいるため、様々な意見があるところ。診療報酬では、そのような意見も踏まえながら検討を進めることが必要。
- 診療報酬において処遇改善の仕組みを導入するにあたっては、介護報酬における処遇改善の課題も踏まえた丁寧な対応をお願いしたい。
- 分科会では、複数の論点に係る様々な技術的課題について、解決案を検討するにあたって必要な論点整理の作業を、関係者の意見もよく踏まえながら作業いただき、総会に報告いただくよう、お願いしたい。

1. 検討に向けたスケジュールの考え方について
2. データの分析について
3. 今後のデータ分析に向けて

看護職員等処遇改善事業補助金の概要

中医協 総-9 (改)
4 . 3 . 2 3

- ◎ **対象期間** 令和4年2月～9月の賃金引上げ分（以降も、別途賃上げ効果が継続される取組みを行う）
- ◎ **補助金額** 対象医療機関の看護職員（常勤換算）1人当たり月額平均4,000円の賃金引上げに相当する額
※ 4,000円の賃金引上げに伴う社会保険料の事業主負担の増加分も含む
- ◎ **対象となる医療機関**：以下の全ての要件を満たす医療機関
 - ✓ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関であること：一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）
 - ✓ 令和4年2・3月分（令和3年度中）から実際に賃上げを行っていること（医療機関は都道府県に賃上げを実施した旨の用紙を提出。メール等での提出も可能。）。なお、令和4年2月分の支給に間に合わない場合は、3月に一時金等により支給することを可能とする。
 - ✓ 令和4年4月分以降は、賃上げ効果の継続に資するよう、補助額の2/3以上をベースアップ等（基本給又は決まって毎月支払われる手当による賃金改善）に使用すること。なお、就業規則（賃金規程）改正に一定の時間を要することを考慮し、令和4年2・3月分は一時金等による支給を可能とする。
- ◎ **賃金改善の対象となる職種**
 - ✓ 看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）
 - ✓ 医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカル（※）の賃金改善に充てることが可能

（※）看護補助者、理学療法士及び作業療法士のほか、以下の職種が対象。
視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種（診療エックス線技師、衛生検査技師、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業従事者、介護支援専門員、医師事務作業補助者といった職種が該当するものと想定）
- ◎ **申請方法** 対象医療機関が都道府県に対して、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した計画書を提出
- ◎ **報告方法** 対象医療機関が都道府県に対して、賃金改善実施期間終了後、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した実績報告書を提出

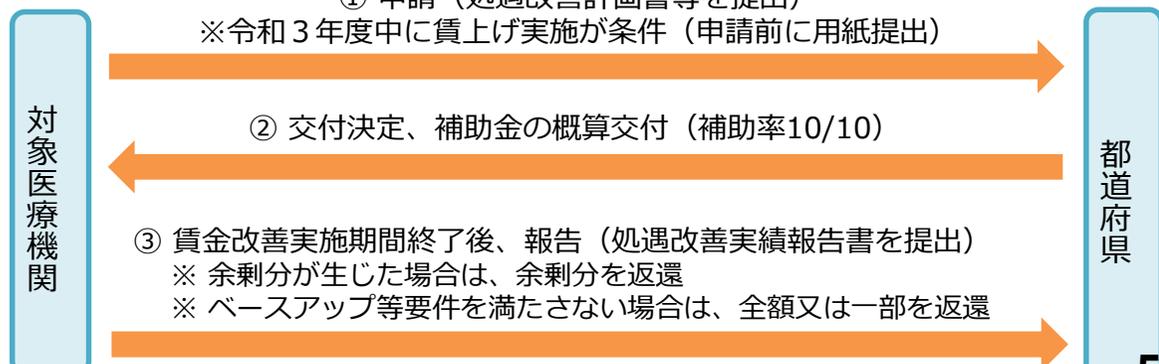
◎ 補助金の交付方法

対象医療機関は都道府県に対して申請を行い、都道府県から対象医療機関に対して補助金を交付（国費10/10、約215.6億円）

◎ 申請・交付スケジュール

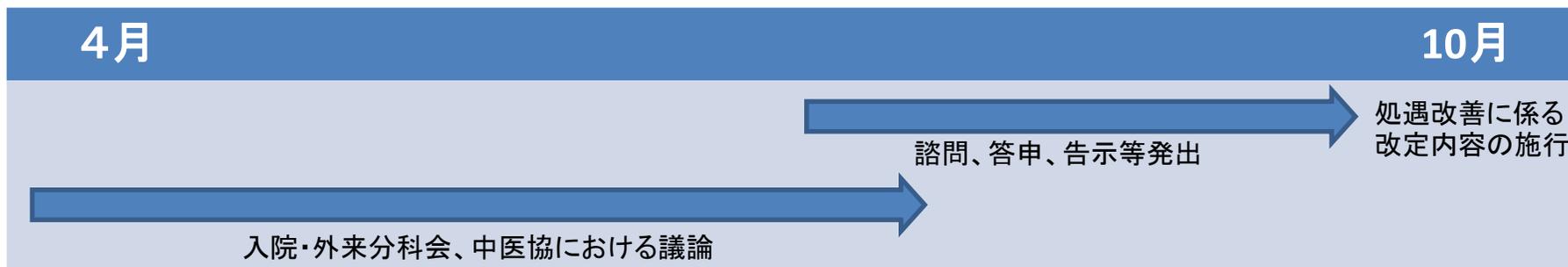
- ✓ 賃上げ開始月（2・3月）に、その旨の用紙を都道府県に提出
- ✓ 実際の申請は、都道府県における準備等を勘案し、令和4年4月から受付、6月から補助金を交付
- ✓ 賃金改善実施期間終了後、処遇改善実績報告書を提出

【執行のイメージ】

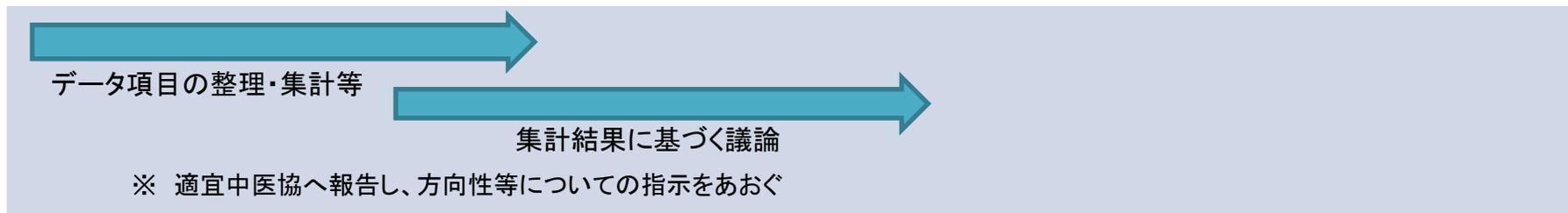


検討に向けたスケジュールの考え方(粗いイメージ)

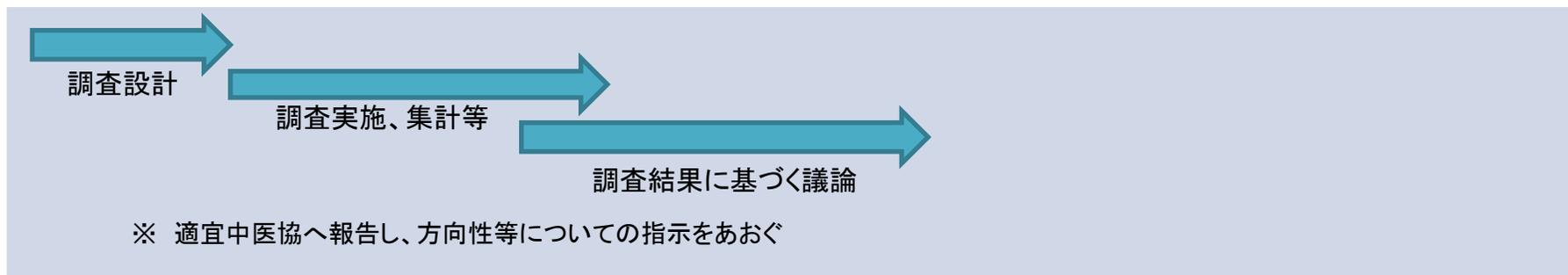
○ 令和4年1月14日にとりまとめられた「令和4年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」においても、看護の処遇改善に係る診療報酬上の対応については、「別途、諮問・答申を行う」とされていることを踏まえ、今後のスケジュールについて、粗い見通しを試行的にまとめてみると、以下のとおり。



【既に入手可能なデータを用いた議論】



【新たな調査を実施する場合の議論】



1. 検討に向けたスケジュールの考え方について
2. データの分析について
 - ① 診療報酬点数について
 - ② 入手可能なデータについて
3. 今後のデータ分析に向けて

【3月23日 中央社会保険医療協議会総会】

- 診療報酬で処遇改善に対応していく際には、
 - ・ 評価方法、例えば、基本診療料で評価するのか、加算で評価するのか、あるいは新設項目で評価するのかという点、
 - ・ 評価の平準化、つまり、患者数の変動等により影響を受けることとなるため、処遇改善という安定的であるべき制度との考え方の両立が難しいこと、
 - ・ 先行して実施された介護報酬による処遇改善や、2月から実施されている補助金と比較した場合の違い等、様々な難しい課題が数多くあると予想される。
- 対象となる看護職員数、患者数、算定方法等さまざまな課題があるので、慎重な議論をお願いしたい。また、しっかり賃金に反映されるよう報告書の提出を求める等の仕組みが必要ではないか。一方、手続きが煩雑になりすぎないように検討いただきたい。
- 診療報酬の場合は、看護職員数だけでなく、患者数にも影響を受けるため、補助金と比較すると医療機関毎に過不足が生じる可能性があり、各医療機関にはその点を理解いただく必要がある。また、適切に処遇に反映されているか、事後検証の仕組みも必要ではないか。
- 現在の補助金による制度においても、対象となる施設とならない施設、対象となる職員とならない職員がいるため、様々な意見があるところ。診療報酬では、そのような意見も踏まえながら検討を進めることが必要。
- 診療報酬において処遇改善の仕組みを導入するにあたっては、介護報酬における処遇改善の課題も踏まえた丁寧な対応をお願いしたい。
- 分科会では、複数の論点に係る様々な技術的課題について、解決案を検討するにあたって必要な論点整理の作業を、関係者の意見もよく踏まえながら作業いただき、総会に報告いただくよう、お願いしたい。

診療報酬点数の構造について

○ 診療報酬点数については、基本的な診療に対する評価である基本診療料と特定の診療に対する評価である特掲診療料から構成されている。

1. 基本的な診療に対する評価（基本診療料）

1. 外来診療に対する評価
2. 入院医療において人員配置等に対する評価
3. 入院医療において機能等に対する評価

2. 特定の診療に対する評価（特掲診療料）

1. 医学管理に対する評価
2. 在宅医療に対する評価
3. 検査、処置等に対する評価 等

診療報酬点数 基本診療料の構造について

○ 基本診療料には、初再診料のほか、入院基本料、入院基本料等加算に加え、特定入院料、短期滞在手術等基本料がある。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

第2節 再診料

A001 再診料

A002 外来診療料

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

A101 療養病棟入院基本料

A102 結核病棟入院基本料

A103 精神病棟入院基本料

A104 特定機能病院入院基本料

A105 専門病院入院基本料

A106 障害者施設等入院基本料

第2節 入院基本料等加算

A200 総合入院体制加算

A200-2 急性期充実体制加算

A204 地域医療支援病院入院診療加算

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

A205 救急医療管理加算

A205-2 超急性期脳卒中加算

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

A206 在宅患者緊急入院診療加算

A207 診療録管理体制加算

A207-2 医師事務作業補助体制加算

A207-3 急性期看護補助体制加算

A207-4 看護職員夜間配置加算

A208 乳幼児加算・幼児加算

A210 難病等特別入院診療加算

A211 特殊疾患入院施設管理加算

A212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料

A301 特定集中治療室管理料

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

A301-4 小児特定集中治療室管理料

A302 新生児特定集中治療室管理料

A303-2 総合周産期特定集中治療室管理料

A305 新生児治療回復室入院医療管理料

A306 特殊疾患入院医療管理料

A307 小児入院医療管理料

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

※令和4年度診療報酬改定後。

※一部抜粋したもの。

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

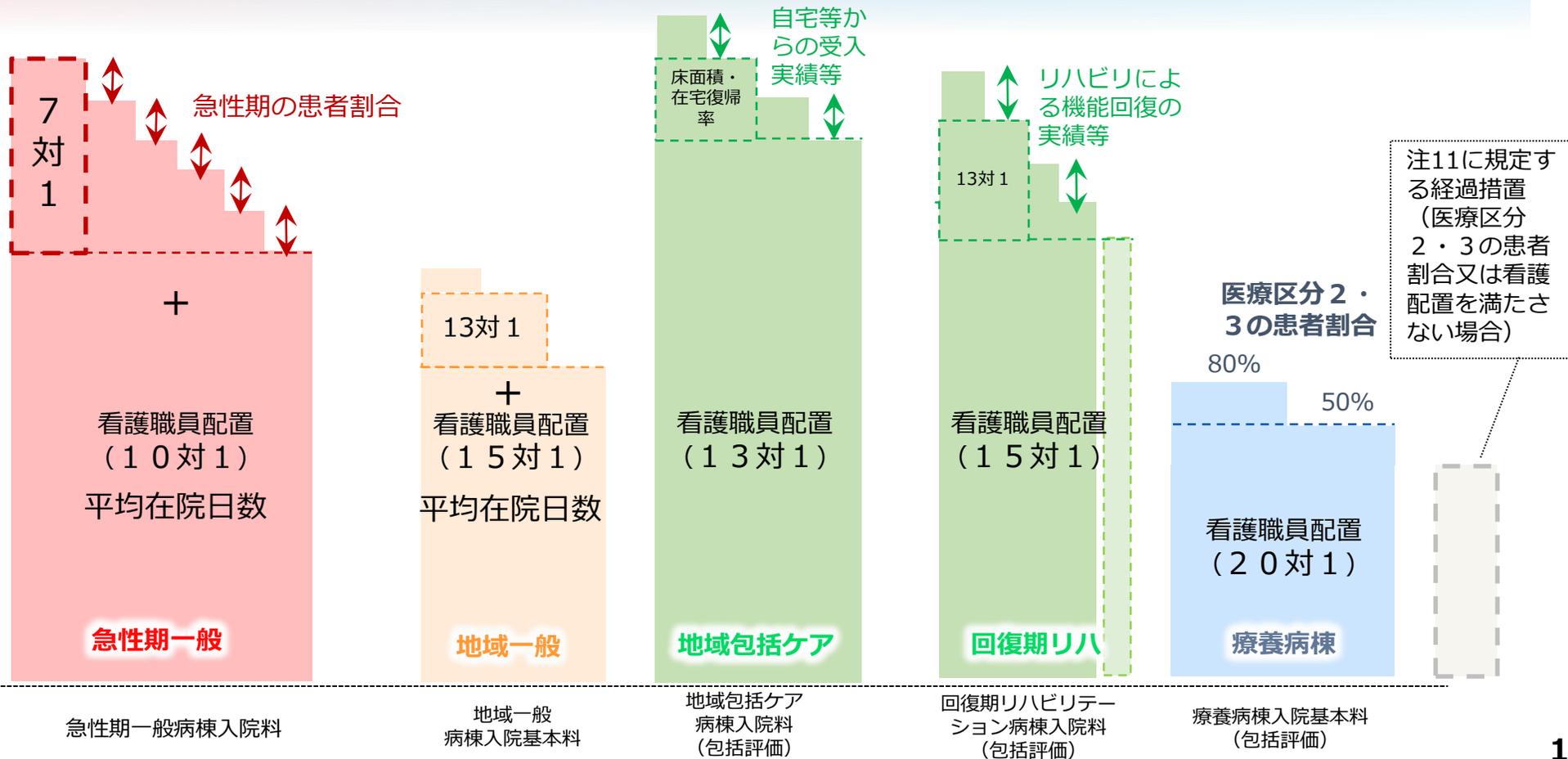
- 入院医療評価体系については、**基本的な医療の評価部分**と**診療実績に応じた段階的な評価部分**との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



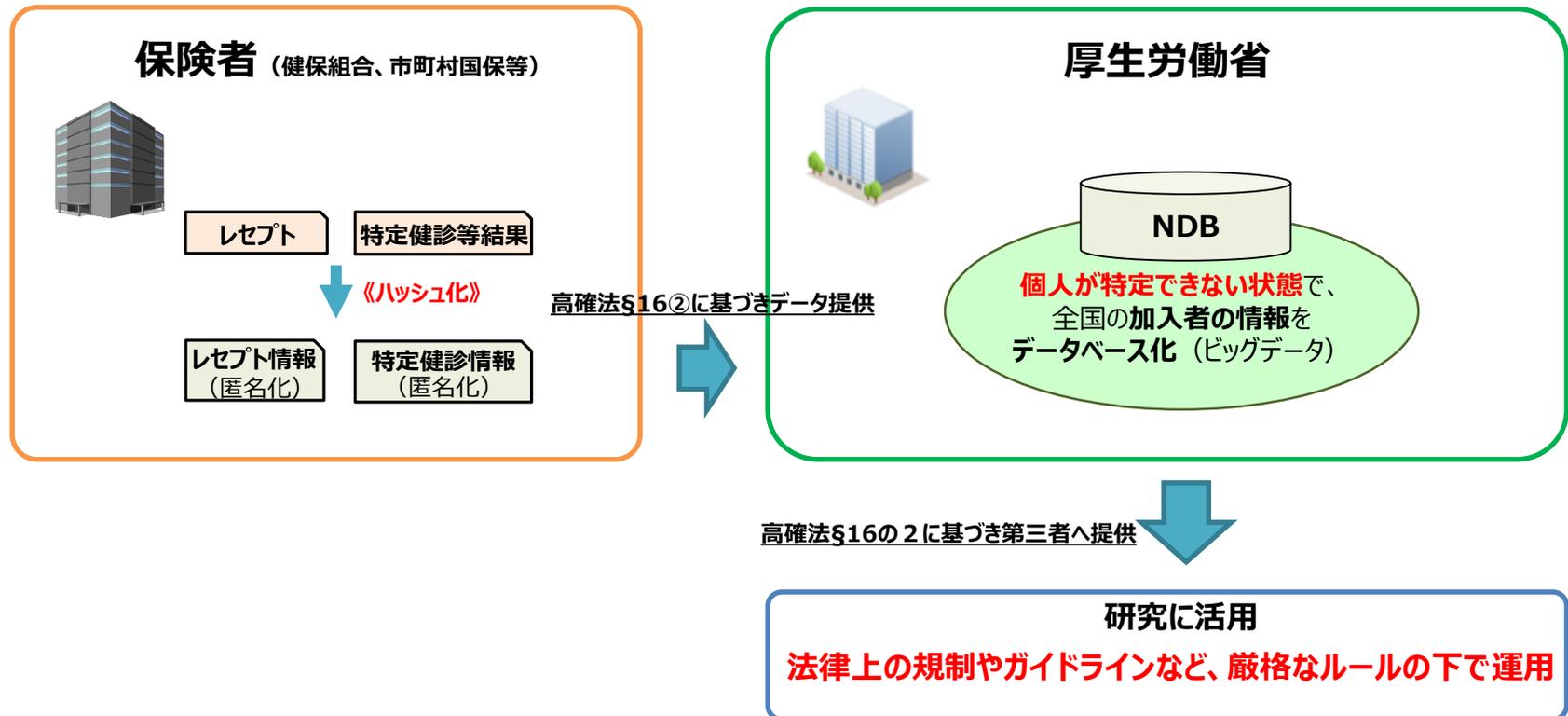
1. 検討に向けたスケジュールの考え方について
2. データの分析について
 - ① 診療報酬点数について
 - ② 入手可能なデータについて
3. 今後のデータ分析に向けて

【3月23日 中央社会保険医療協議会総会】

- 診療報酬で処遇改善に対応していく際には、
 - ・ 評価方法、例えば、基本診療料で評価するのか、加算で評価するのか、あるいは新設項目で評価するのかという点、
 - ・ 評価の平準化、つまり、**患者数の変動等**により影響を受けることとなるため、処遇改善という安定的であるべき制度との考え方の両立が難しいこと、
 - ・ 先行して実施された介護報酬による処遇改善や、**2月から実施されている補助金と比較**した場合の違い等、様々な難しい課題が数多くあると予想される。
- **対象となる看護職員数、患者数、算定方法等**さまざまな課題があるので、慎重な議論をお願いしたい。また、しっかり賃金に反映されるよう報告書の提出を求める等の仕組みが必要ではないか。一方、手続きが煩雑になりすぎないように検討いただきたい。
- 診療報酬の場合は、**看護職員数だけでなく、患者数にも影響を受けるため**、補助金と比較すると医療機関毎に過不足が生じる可能性があり、各医療機関にはその点を理解いただく必要がある。また、適切に処遇に反映されているか、事後検証の仕組みも必要ではないか。
- 現在の補助金による制度においても、対象となる施設とならない施設、対象となる職員とならない職員がいるため、様々な意見があるところ。診療報酬では、そのような意見も踏まえながら検討を進めることが必要。
- 診療報酬において処遇改善の仕組みを導入するにあたっては、介護報酬における処遇改善の課題も踏まえた丁寧な対応をお願いしたい。
- 分科会では、複数の論点に係る様々な技術的課題について、解決案を検討するにあたって必要な論点整理の作業を、関係者の意見もよく踏まえながら作業いただき、総会に報告いただくよう、お願いしたい。

NDBについて

- レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)は、厚生労働大臣が、保険者等からレセプト情報や特定健診情報等の提供を受け、データベースに収載しているもの。
- 厚生労働大臣が自ら利用するだけでなく、相当の公益性を有する分析等を行う者に対して提供している。



病床機能報告について

第1回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 令和3年7月29日 資料3

報告項目と対象期間、時点の関係

報告項目

医療機能等	
医療機能（現在／2025年の方向） ※介護施設に移行する場合は移行先類型	
構造設備・人員配置等	
病床数・人員配置・機器等	<ul style="list-style-type: none"> ・許可病床数・稼働病床数（一般・療養別） ・病床全体が非稼働である場合はその理由 ・経過措置（1床当たり面積）に該当する病床数 ・算定する入院基本料・特定入院料 ・主とする診療科・設置主体 ・部門別職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師数、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士） ・DPC群の種類 ・特定機能病院、地域医療支援病院の承認 ・施設基準届出状況（総合入院体制加算、在宅療養支援病院／診療所、在宅療養後方支援病院） ・在宅療養支援病院である場合は看取り件数 ・三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無 ・高額医療機器の保有状況（CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）） ・退院調整部門の設置状況 ※退院調整部門の配置職員数（医師、看護職員、MSW、事務員）
	入院患者の状況

入院患者に提供する医療の内容

術幅広い手	<ul style="list-style-type: none"> ・手術件数（臓器別）・全身麻酔の手術件数 ・人工心肺を用いた手術 ・胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数 	全身管理	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈注射・呼吸心拍監視・酸素吸入 ・観血的動脈圧測定・ドレーン法・胸腔若しくは腹腔洗浄 ・人工呼吸・人工腎臓・腹膜灌流 ・経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
のがん・脳卒中・心筋梗塞等へ	<ul style="list-style-type: none"> ・悪性腫瘍手術件数 ・病理組織標本作製・術中迅速病理組織標本作製 ・放射線治療件数・化学療法件数 ・がん患者指導管理料・抗悪性腫瘍剤局所持続注入 ・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 ・超急性期脳卒中加算・脳血管内手術 ・経皮的冠動脈形成術・分娩件数 ・入院精神療法・精神科リエゾンチーム加算 ・認知症ケア加算・精神疾患診療体制加算 ・精神疾患診断治療初回加算 	疾患に応じた/早期からのリハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーション料・早期リハビリテーション加算、初期加算・摂食機能療法・リハビリテーション充実加算 ・休日リハビリテーション提供体制加算 ・入院時訪問指導加算 ・リハビリテーションを実施した患者の割合 ・平均リハ単位数/1患者1日当たり ・1年間の総退院患者数 （以下は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定の場合） ・1年間の総退院患者数のうち入棟時の日常生活機能評価が10点以上又は機能的自立度評価法得点で55点以下であった患者数 ・退棟時、入棟時に比較して、当該入院料の1又は2を算定している病棟にあっては日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上又はFIM総得点で16点以上、当該入院料の3又は4を算定している病棟にあっては日常生活機能評価が3点以上又はFIM総得点で12点以上改善していた患者数
重症患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊産婦共同管理料 ・救急搬送診療料・観血的動脈圧測定 ・持続緩徐式血液濾過・大動脈バルーンポンピング法、 ・経皮的心臓補助法・補助人工心臓・植込型補助人工心臓 ・頭蓋内圧持続測定 ・血漿交換療法・吸着式血液浄化法・血球成分除去療法 ・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合 	の長期療養患者等の受入	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病棟入院基本料・褥瘡評価実施加算 ・重度褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算 ・難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算 ・超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算 ・強度行動障害入院医療管理加算
救急医療の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・院内トリアージ実施料 ・夜間休日救急搬送医学管理料 ・精神科疾患患者等受入加算 ・救急医療管理加算 ・在宅患者緊急入院診療加算 ・救命のための気管内挿管 ・体表面ベージング法/食道ベージング法 ・非開胸的心マッサージ、カウンターショック ・心膜穿刺・食道圧迫止血チューブ挿入法 	多様な診療所の	<ul style="list-style-type: none"> ・往診患者延べ数・訪問診療患者延べ数、 ・看取り患者数（院内/在宅）・有床診療所入院基本料 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割 ・過去1年間の新規入院患者のうち他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
在宅復帰後への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・休日又は夜間に受診した患者延べ数（うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数） ・救急車の受入件数 ・退院支援加算・救急・在宅等支援（療養）病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算・地域連携診療計画加算 ・退院時共同指導料・介護支援等連携指導料 ・退院時リハビリテーション指導料・退院前訪問指導料 	科連携	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師連携加算・術周期口腔機能管理後手術加算 ・術周期等口腔機能管理料

期間・時点

7月1日時点

1年分（前年4月～報告年3月分）

※従来は1月分（報告年の6月分）

1年分（前年4月～報告年3月分）

※従来は1年分（前年7月～報告年の6月分）

入手可能なデータについて(小括)

- 診療報酬において処遇改善の仕組みを検討するにあたって検討可能なデータとその対象期間等は以下のとおり。
 - ・ **NDBデータ**: 個別医療機関が算定している診療報酬点数の項目と算定回数が入手可能。月毎のデータが入手可能だが、現時点で入手し、分析可能なデータは令和2年10月～令和3年9月のデータ。
 - ・ **病床機能報告**: 個別医療機関の看護職員数等の構造設備・人員配置、在棟患者延べ数等が入手可能。現時点で入手可能なデータは令和2年度の報告結果であり、構造設備・人員配置等は令和2年7月1日時点又は令和元年7月～令和2年6月のデータ。
 - ・ **補助金の支給状況**: 実績報告書の提出は賃金改善実施期間(令和4年2月～9月)終了後であり、現時点で入手可能なデータは無い。

1. 検討に向けたスケジュールの考え方について
2. データの分析について
3. 今後のデータ分析に向けて

今後のデータ分析に向けて

- 今後のデータ分析に向けて、既存のデータによる分析を進めつつ、新たな調査を実施する場合に、念頭に置くことが考えられる観点としては、以下のようなことが考えられるのではないか。

(例)

- ① 既に入手可能なデータを効率的に活用する観点
 - 既存データでは入手できない内容についての実施
 - 入手可能なデータの年度からの更新
 - 入手可能なデータとの連結可能性
- ② 医療機関にとっての負担に配慮する観点
 - 新設の項目を設定することにより発生する追加集計作業
 - 適切な調査日程を踏まえた設計
- ③ 分析等に要する時間を確保する観点
 - 施行の時期や分析等を踏まえた検討を行うこと
 - 適切に中医協総会に報告し、方向性等について指示を受けること

中医協 診－1参考2
4 . 6 . 1

診調組 入－1参考2
4 . 5 . 1 9

診調組 入－2参考
4 . 4 . 1 3

中医協 総－9
4 . 3 . 2 3

処遇改善(その1)

1. これまでの経緯について

2. 論点

Ⅲ. 未来社会を切り拓く「新しい資本主義」の起動

2. 分配戦略～安心と成長を呼ぶ「人」への投資の強化～

(2) 公的部門における分配機能の強化等

① 看護、介護、保育、幼児教育など現場で働く方々の収入の引上げ等

看護、介護、保育、幼児教育など、新型コロナウイルス感染症への対応と少子高齢化への対応が重なる最前線において働く方々の収入の引上げを含め、全ての職員を対象に公的価格の在り方を抜本的に見直す。民間部門における春闘に向けた賃上げの議論に先んじて、保育士等・幼稚園教諭、介護・障害福祉職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を3%程度(月額9,000円)引き上げるための措置⁴⁸を、来年2月から前倒しで実施する。

看護については、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、段階的に収入を3%程度引き上げていくこととし、収入を1%程度(月額4,000円)引き上げるための措置⁴⁹を、来年2月から前倒しで実施した上で、来年10月以降の更なる対応について、令和4年度予算編成過程において検討し、必要な措置を講ずる。

48 他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

49 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

看護職員等処遇改善事業補助金の概要

- ◎ **対象期間** 令和4年2月～9月の賃金引上げ分（以降も、別途賃上げ効果が継続される取組みを行う）
- ◎ **補助金額** 対象医療機関の看護職員（常勤換算）1人当たり月額平均4,000円の賃金引上げに相当する額
※ 4,000円の賃金引上げに伴う社会保険料の事業主負担の増加分も含む
- ◎ **対象となる医療機関**：以下の全ての要件を満たす医療機関
 - ✓ 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関であること：一定の救急医療を担う医療機関（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）
 - ✓ 令和4年2・3月分（令和3年度中）から実際に賃上げを行っていること（医療機関は都道府県に賃上げを実施した旨の用紙を提出。メール等での提出も可能。）。なお、令和4年2月分の支給に間に合わない場合は、3月に一時金等により支給することを可能とする。
 - ✓ 令和4年4月分以降は、賃上げ効果の継続に資するよう、補助額の2/3以上をベースアップ等（基本給又は決まって毎月支払われる手当による賃金改善）に使用すること。なお、就業規則（賃金規程）改正に一定の時間を要することを考慮し、令和4年2・3月分は一時金等による支給を可能とする。
- ◎ **賃金改善の対象となる職種**
 - ✓ 看護職員（看護師、准看護師、保健師、助産師）
 - ✓ 医療機関の判断により、看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカル（※）の賃金改善に充てることが可能

（※）看護補助者、理学療法士及び作業療法士のほか、以下の職種が対象。
視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、公認心理師、その他医療サービスを患者に直接提供している職種（診療エックス線技師、衛生検査技師、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業従事者、介護支援専門員、医師事務作業補助者といった職種が該当するものと想定）
- ◎ **申請方法** 対象医療機関が都道府県に対して、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した計画書を提出
- ◎ **報告方法** 対象医療機関が都道府県に対して、賃金改善実施期間終了後、看護職員・その他職員の月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）を記載した実績報告書を提出

◎ 補助金の交付方法

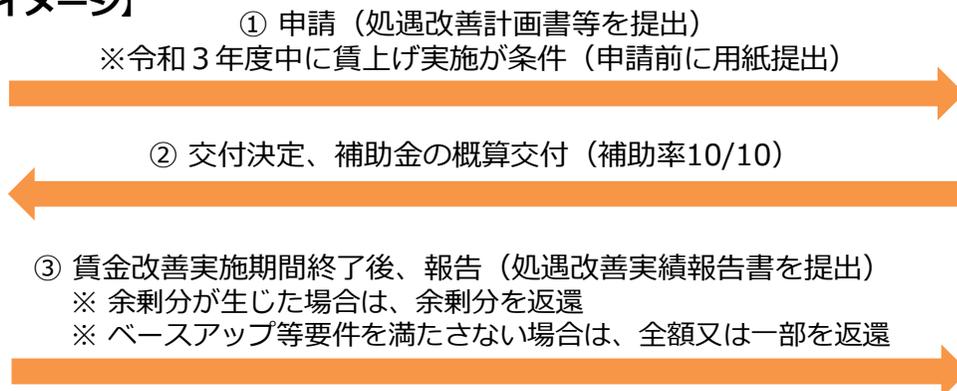
対象医療機関は都道府県に対して申請を行い、都道府県から対象医療機関に対して補助金を交付（国費10/10、約215.6億円）

◎ 申請・交付スケジュール

- ✓ 賃上げ開始月（2・3月）に、その旨の用紙を都道府県に提出
- ✓ 実際の申請は、都道府県における準備等を勘案し、令和4年4月から受付、6月から補助金を交付
- ✓ 賃金改善実施期間終了後、処遇改善実績報告書を提出

【執行のイメージ】

対象医療機関



都道府県

4. 今後の処遇改善について

(2) 処遇改善の方向性

(略)

他方、従前より全産業平均を上回る賃金水準である看護師については、今般の経済対策を踏まえ、まずは、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員について、収入を3%程度引き上げていくべきである。

(略)

また、看護師の処遇改善に関して、今回の処遇改善の取組が確実に賃上げにつながることを担保することを、令和4年度診療報酬改定の中で検討すべきである。その際、今回の経済対策において柔軟な運用を認めていることとの整合性を図るべきである。

(略)

今後は、更なる財政措置を講じる前に、医療や介護、保育・幼児教育などの分野において、国民の保険料や税金が効率的に使用され、一部の職種や事業者だけでなく、現場で働く方々に広く行き渡るようになっているかどうか、費用の使途の見える化を通じた透明性の向上が必要である。また、デジタルやICT技術、ロボットの活用により、現場で働く方々の負担軽減と業務の効率化を進めていくことも必要である。

本委員会は、こうした処遇改善に向けた政策手法を実現する観点から、それぞれの分野における費用の見える化やデジタル等の活用に向けた課題等について検討し、来夏までに方向性を整理することとする。

診療報酬改定

1. 診療報酬 +0.43%

- ※1 うち、※2～5を除く改定分 +0.23%
 - 各科改定率
 - 医科 +0.26%
 - 歯科 +0.29%
 - 調剤 +0.08%

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%

※3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%（症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲0.10%
 なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

① 薬価 ▲1.35%

※1 うち、実勢価等改定 ▲1.44%

※2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%

② 材料価格 ▲0.02%

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- ・ 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- ・ 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- ・ 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- ・ 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- ・ 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- ・ OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

看護における処遇改善について

看護職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」（令和3年11月19日閣議決定）及び「公的価格評価検討委員会中間整理」（令和3年12月21日）を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関（注1）に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組み（注2）を創設する。これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする。

（注1） 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台／年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

（注2） 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

- 介護・障害福祉職員の処遇改善については、「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」を踏まえ、令和4年10月以降について臨時の報酬改定を行い、収入を3%程度（月額平均9,000円相当）引き上げるための措置を講じることとする。
- これらの処遇改善に当たっては、予算措置が執行面で確実に賃金に反映されるよう、適切な担保策（注）を講じることとする。
（注）現行の処遇改善加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を取得していることに加えて、具体的には、賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図るなどの措置を講じる。

◎ **加算額** 対象介護事業所の介護職員（常勤換算）1人当たり月額平均9,000円の賃金引上げに相当する額。
対象サービスごとに介護職員数（常勤換算）に応じて必要な加算率を設定し、各事業所の介護報酬にその加算率を乗じて単位数を算出。

◎ 取得要件

- ・ 処遇改善加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを取得している事業所（現行の処遇改善加算の対象サービス事業所）
- ・ 賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等（※）に使用することを要件とする。
※ 「基本給」又は「決まって毎月支払われる手当」の引上げ

◎ 対象となる職種

- ・ 介護職員
- ・ 事業所の判断により、他の職員の処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認める。

◎ **申請方法** 各事業所において、都道府県等に介護職員・その他職員の月額の賃金改善額を記載した計画書（※）を提出。
※月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）の記載を求める（職員個々人の賃金改善額の記載は求めない）

◎ **報告方法** 各事業所において、都道府県等に賃金改善期間経過後、計画の実績報告書（※）を提出。
※月額の賃金改善額の総額（対象とする職員全体の額）の記載を求める（職員個々人の賃金改善額の記載は求めない）

◎ 交付方法

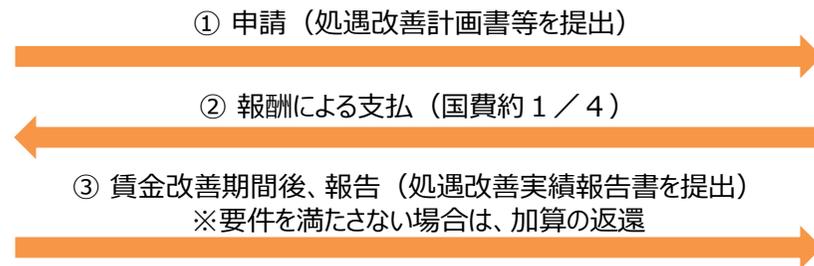
対象事業所は都道府県等に対して申請し、対象事業所に対して報酬による支払（国費約1/4：150億円程度（令和4年度分））。

◎ 申請・交付スケジュール

- ✓ 申請は、令和4年8月に受付、10月分から毎月支払（実際の支払は12月から）
- ✓ 賃金改善期間後、処遇改善実績報告書を提出。

【執行のイメージ】

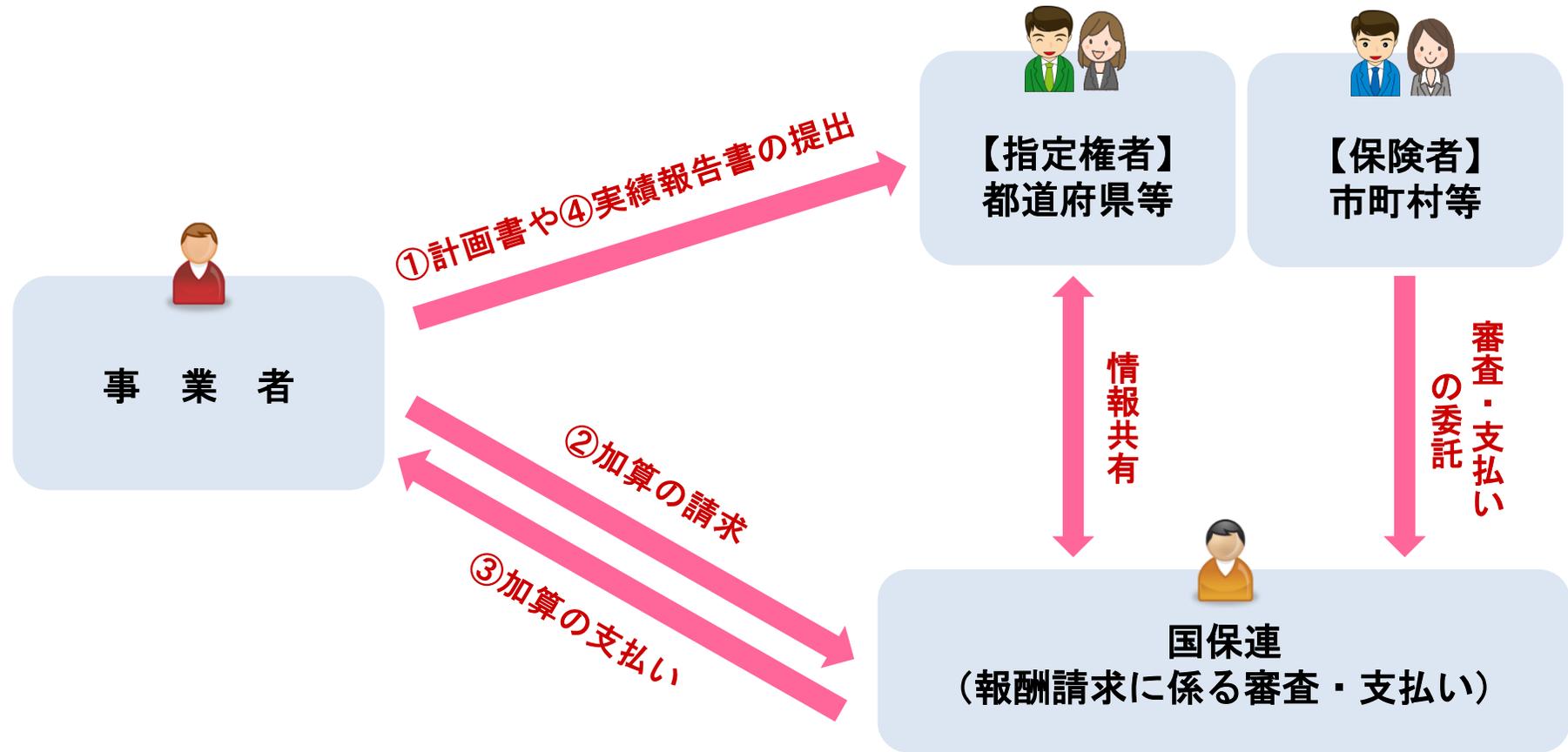
介護事業所



都道府県等

処遇改善のための加算額を賃金改善に充てる仕組み

○「処遇改善加算」・「特定処遇改善加算」について、処遇改善計画書と実績報告書の提出を求め、処遇改善のための加算額が確実に職員の処遇改善に充てられることを担保している。



- 医療や介護、保育・幼児教育などの分野における費用の見える化やデジタル活用に向けて、以下の観点から課題を検討すべきではないか。
- 費用の見える化については、一定の時間を要するため、外部委託して検討を進めることが適当ではないか。

費用の見える化

- **人件費以外の費用や積立金の分析**
 - 設備・減価償却費
 - 材料費・医薬品費
 - 委託費
 - 積立金 等
- **人件費の職種間の配分状況**
- **収入・支出及び資産の関係**
- **計算書類・事業報告書の記載項目の充実による見える化**

デジタル活用

- **デジタル・ICT機器等の活用による質の向上と業務省力化・人員配置の効率化**

1. これまでの経緯について

2. 論点

処遇改善についての課題及び論点

(処遇改善)

- 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」(令和3年11月19日閣議決定)に基づき、令和3年度補正予算において、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(※1)の看護職員の収入を1%程度(月額平均4,000円相当)引き上げるための措置(看護職員等処遇改善補助金)が講じられている。

(※1) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

- また、昨年末の大臣折衝事項では、看護の処遇改善のための特例的な対応として、改定率+0.20%としたうえで、
 - ・ 「コロナ克服・新時代開拓のための経済対策」及び「公的価格評価検討委員会中間整理」(令和3年12月21日)を踏まえ、令和4年度診療報酬改定において、地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(※2)に勤務する看護職員を対象に、10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるための処遇改善の仕組み(※3)を創設する
 - ・ これらの処遇改善に当たっては、介護・障害福祉の処遇改善加算の仕組みを参考に、予算措置が確実に賃金に反映されるよう、適切な担保措置を講じることとする

(※2) 救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関

(※3) 看護補助者、理学療法士・作業療法士等のコメディカルの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることとされている。



【論点】

- 看護の処遇改善について、診療報酬において対応するに当たり、技術的検討を進めていく必要があることから、入院・外来医療等の調査・評価分科会において必要な調査・分析を行い、検討を進めることとしてはどうか。

入院・外来医療等の調査・評価分科会における 主な指摘について

入院・外来医療等の調査・評価分科会における主な指摘について

【5月19日 入院・外来医療等の調査・評価分科会】

- 病床稼働率のばらつきがあるため、診療報酬における入院料等の算定回数と、病床機能報告等による看護職員数のデータを病院毎に紐付けて分析し、算定回数と看護職員数の相関を把握すれば、外れている病院を同定しつつ、より詳細な議論ができるのではないか。
- 看護部門に配属される看護職員数は病院毎にばらつきが大きいいため、当該病棟の看護職員数という切り口と、その施設全体の看護職員数という2つの分析が必要。本分科会では、平均値だけでなく、どの程度ばらつきがあり、そのばらつきが許容できる範囲なのかを分析する必要がある。
- どの集計においてもばらつきがあるという結果であった。ばらつきを収束させるのは難しいだろう。ばらつきをまとめていくのではなく、むしろ、ばらつきに応じた診療報酬を考える必要がある。
- 病院にはそれぞれ特性があり、患者数や看護職員の病棟配置割合等は病院毎に異なり、類型化したり入院料等の分類で整理しても近似値にはならないだろう。したがって、職員数と最も多い入院料を見て、医療機関毎に係数を設定するように、医療機関毎に点数設定をするのが一案ではないか。
- パラメーターである看護職員数と算定回数であるが、算定回数については「入院」という切り口を主体として整理することも考えられる。
- 「きめこまやかさ」と同時に「シンプルさ」が求められる。膨大な解析のエビデンスが必要という考え方もあるが、事務局の方で実際に点数化した場合にどのようになるのか、シミュレーションをいくつか出してほしい。それを確認し、フィット感を探っていくことが必要ではないか。